



# **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Enfermagem de Reabilitação**

**Cuidar da Pessoa com Fibrose Quística**

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em  
Enfermagem de Reabilitação, na Promoção do  
Autocuidado**

**Marta Susana Serra Lourenço Esteves**

**2015**

Não Contempla as correções resultantes da discussão pública





# **Curso de Mestrado em Enfermagem**

Área de Especialização

**Enfermagem de Reabilitação**

**Cuidar da Pessoa com Fibrose Quística**

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em  
Enfermagem de Reabilitação, na Promoção do  
Autocuidado**

**Marta Susana Serra Lourenço Esteves**

**Orientadora: Professora Cristina Saraiva**

**2015**



## **AGRADECIMENTOS**

A todas as crianças e jovens com fibrose quística e seus principais cuidadores, os pais, a quem prestei cuidados, pois foram eles quem incitaram o desenvolvimento da minha formação, na área de enfermagem em reabilitação.

A todas as crianças e jovens com necessidades especiais, e seus cuidadores, que diariamente despertam a minha curiosidade e dever de desenvolver a minha práxis, perante as suas limitações e ambições.

A todas as pessoas a quem prestei cuidados, no âmbito dos estágios, e aos seus cuidadores, contribuindo de forma única para a minha aprendizagem.

Aos EEER que colaboraram na minha formação, particularmente as Sras. Enfermeiras Joaquina Ribeiro e Fátima Baião.

A todas as minhas colegas de trabalho que, perante a adversidade atual no usufruto dos direitos à formação, ajudaram a gerir o meu horário de trabalho com a formação, e as frustrações inerentes ao percurso formativo, incentivando-me a continuar, reconhecendo a importância da minha ambição, particularmente a minha amiga Ana Duarte.

À Sr.<sup>a</sup> Prof.<sup>a</sup> Cristina Saraiva não só pela dedicação, orientação e exigência no percurso formativo, mas também pela sua compreensão perante as minhas limitações na aprendizagem, contribuindo francamente para o equilíbrio na gestão da minha vida pessoal e profissional.

À minha colega e amiga Sandra Gomes que me acompanhou de forma única, neste percurso. Partilhando dificuldades, angústias e indecisões similares, fomos o alento uma da outra perante os maiores obstáculos e o orgulho aquando o alcance do sucesso.

À minha família, particularmente aos meus pais que me ensinaram a ser quem sou, ao meu marido que me apoiou incondicionalmente, em todos os meus sucessos e fracassos e às minhas filhas, que foram, tantas vezes, privadas da minha presença.

A todos estou sinceramente grata.

## **SIGLAS**

ADPM - Atraso Global do Desenvolvimento Psicomotor

ATS – *America Thoracic Society*

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CAA – Comunicação Alternativa e Aumentativa

CATR – Ciclo Ativo das Técnicas Respiratórias

CEER – Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

CEFQ – Centro Especializado de Fibrose Quística

CFF – *Cystic Fibrosis Foundation*

CFTR – *Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator*

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CR – Cardio Respiratório

CRD – Cuidados Respiratórios Domiciliários

DGS – Direção Geral de Saúde

DL – Decreto-Lei

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

DRC – Doença Respiratória Crónica

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECFS – *European Cystic Fibrosis Society*

EEER – Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação

ELA – Esclerose Lateral Amiotrófica

ER – Enfermagem de Reabilitação

ERS – *European, Respiratory Society*

FEV<sub>1</sub> – Volume Expiratório Forçado no 1.º segundo

FQ – Fibrose Quística

GC – Gestor de Caso

HFCWO – *High-Frequency Chest Wall Oscillation*

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

LVA – Limpeza das Vias Aéreas

LVM – Lesão Vertebro-Medular

OE – Ordem dos Enfermeiros

OLD – Oxigenoterapia de Longa Duração

OMS – Organização Mundial de Saúde

PC – Paralisia Cerebral

PICC – Processo Individual de Cuidados Continuados

PII – Plano Individual de Intervenção

PNDP – Programa Nacional para o Diagnostico Precoce

RFM – Reeducação Funcional Motora

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RN – Recém-nascidos

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RR – Reabilitação Respiratória

SAPE – Serviço de Apoio à Prática de Enfermagem

SGRQ – *The St George's Hospital Respiratory Questionnaire*

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SRP – Serviço de Reabilitação Pediátrica

TAC – Tomografia Axial Computorizada

TCE – Traumatismo Crânio-Encefálico

TM – Treino Motor

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

URR – Unidade de Reabilitação Respiratória

VNI – Ventilação Não Invasiva

## RESUMO

Nas últimas décadas, o diagnóstico precoce e o acompanhamento da pessoa com fibrose quística (FQ) em consultas especializadas, com recurso a uma equipa multidisciplinar, têm sido imprescindíveis para o controlo do estado nutricional e para a prevenção das complicações e tratamento da doença pulmonar crónica, que é a causa da grande morbilidade e mortalidade (DGS, 2014; Hockenberry & Wilson, 2014; Smyth, et al., 2014), permitindo o aumento relevante da esperança de vida.

O tratamento ou prevenção das manifestações respiratórias da FQ consiste na implementação de várias atitudes terapêuticas, como a atividade física e desportiva e a Reeducação Funcional Respiratória, de forma continuada ao longo da sua vida, quer em situação de exacerbação ou de estabilidade clínica (DGS, 2014).

Pela necessidade de uma abordagem e intervenção diferenciada à pessoa com FQ, e família, reconhecida internacionalmente, por organizações como a *Cystic Fibrosis Foundation* e a *European Cystic Fibrosis Society*, Portugal definiu estratégias nacionais, através da Direção Geral de Saúde, integradas no Programa Nacional para as Doenças Respiratórias.

Pelo corpo de conhecimentos e habilidades específicas, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) deverá ser um profissional de referência na intervenção à pessoa com FQ, e família, no suporte, aconselhamento e educação, coadjuvando na otimização do regime terapêutico, tendo em conta as dificuldades e potencialidades individuais, inerentes às várias fases de desenvolvimento e morbilidades, fomentando o autocuidado ao longo do ciclo de vida.

O estágio num dos Centros Especializados de Fibrose Quística do país proporcionou a oportunidade de integrar uma equipa multidisciplinar na intervenção à pessoa com FQ, em regime de ambulatório e internamento, permitindo a identificação dos múltiplos desafios que se colocam à pessoa, família e EEER, na promoção do autocuidado. Neste contexto, considerou-se a teoria Geral do Autocuidado, de Dorothea Orem, o modelo norteador da prestação de cuidados.

**Palavras-chave:** Fibrose quística, autocuidado, reabilitação, enf\*, limpeza das vias aéreas



## ABSTRACT

In recent decades, the early diagnosis and routine appointments for people with cystic fibrosis (CF), with specialized care and access to a multidisciplinary team, have been essential for ensure optimal nutritional status, prevention of multisystem complications and treatment of chronic lung disease, which is the major cause of morbidity and mortality (DGS, 2014; Hockenberry & Wilson, 2014; Smyth, et al., 2014), allowing a significant increase in life expectancy.

The treatment or prevention of respiratory manifestations of CF consists in the implementation of various therapeutic attitudes, such as physical activity and sport and the Functional Respiratory Rehabilitation, continuously throughout their lives, whether in exacerbation or clinical stability (DGS, 2014).

By the need for a differentiated approach and intervention to the CF patient and family, internationally recognized by organizations such as the Cystic Fibrosis Foundation and the European Cystic Fibrosis Society, *Portugal* has defined national strategies, through the *Direção Geral de Saúde*, part of *Programa Nacional para as Doenças Respiratórias*.

By the specific knowledge and skills of the Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing (NSRN), they should be a professional of reference in the intervention of the CF patient and family, in the support, counseling and education, by assisting in the optimization of the therapeutic regime, taking in account the difficulties and individual potential, inherent to the various stages of development and morbidities, encouraging self-care throughout its life cycle.

The internship in one of the Specialized CF Center of the country provided an opportunity to integrate a multidisciplinary team, in the intervention to the person with CF as an outpatient and inpatient, allowing the identification of multiple challenges faced by the person, family and NSRN in promotion of self-care. In this context, it was considered the Orem's General Theory of Self-Care, the guiding model of care.

**Keywords:** Cystic Fibrosis, Self- Care, Rehabilitation, nurs\*, airway clearance

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	13
1. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NA ÁREA DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO .....	24
1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional Ética e Legal e Competências Específicas do EEER .....	25
1.2. Domínio da Melhoria da Qualidade e Competências Específicas do EEER.....	41
1.3. Domínio da Gestão dos Cuidados e Competências Específicas do EEER.....	54
1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais .....	58
2. AVALIAÇÃO DO PERCURSO FORMATIVO.....	61
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
BIBLIOGRAFIA .....	66

## ANEXOS

ANEXO 1 – Folhas de registo de enfermagem da URR (Internamento e Ambulatório)	
ANEXO 2 – Registo do ensino da terapêutica inalatória	
ANEXO 3 – Escala de <i>Borg</i> modificada	
ANEXO 4 – <i>The St George's Hospital Respiratory Questionnaire</i>	
ANEXO 5 – Índice de <i>Barthel</i>	
ANEXO 6 – Instrumento de Avaliação Integrada da RNCCI	
ANEXO 7 – <i>MRC motor scale</i>	
ANEXO 8 – Escala de <i>Ashworth</i> modificada	
ANEXO 9 – Instrumento de Registo de ER da ECCI	
ANEXO 10 – Registo de Consulta de Enfermagem – Hospital de dia de FQ dos Adultos	
ANEXO 11 – Plano Individual de Intervenção – ECCI	
ANEXO 12 – Programa de Treino de Exercício	

## **APÊNDICES**

APÊNDICE 1 – Projeto de Formação

APÊNDICE 2 – Efeitos da disfunção glandular na fibrose quística

APÊNDICE..3 – Jornal de Aprendizagem sobre a intervenção do EEER perante a criança ou jovem, e sua família, com limitações essencialmente sensoriomotoras e de eliminação

APÊNDICE .4 – Jornal de Aprendizagem sobre a organização da unidade e análise das funções do EEER na ECCI

APÊNDICE .5 – Jornal de Aprendizagem sobre Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na pessoa em cuidados Paliativos

APÊNDICE .6 – Jornal de Aprendizagem sobre Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na pessoa submetida a cirurgia abdominal complicada

APÊNDICE 7 – Plano de cuidados de enfermagem de reabilitação I

APÊNDICE 8 – Plano de cuidados de enfermagem de reabilitação II

APÊNDICE 9 – Plano de cuidados de enfermagem de reabilitação III

APÊNDICE 10 – Plano de cuidados de enfermagem de reabilitação IV

APÊNDICE 11 – Jornal de Aprendizagem sobre a intervenção multidisciplinar na pessoa com fibrose quística

APÊNDICE 12 – Plano da ação de formação – “Mecânica Corporal no Cuidar”

APÊNDICE 13 – Sessão de formação “Mecânica Corporal no Cuidar” (Apresentação)

APÊNDICE 14 – Apreciação do percurso de aquisição/ desenvolvimento de competências – Estágio na URR

APÊNDICE 15 – Apreciação do percurso de aquisição/ desenvolvimento de competências – Estágio em ECCI

## ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal e Competências Específicas do EEER.....	26
QUADRO 2 – Competências e Objetivos para o Domínio da Melhoria da Qualidade dos Cuidados e Competências Específicas do EEER...	41
QUADRO 3 – Competências e Objetivos para o Domínio da Gestão de Cuidados e Competências Específicas do EEER.....	54
QUADRO 4 – Competências e Objetivos para o Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.....	58

## INTRODUÇÃO

Desde o início da minha formação em enfermagem, que ganhei interesse particular por duas áreas, a pediátrica e a da reabilitação. Terminada a minha licenciatura em enfermagem, em 2001, consegui iniciar a minha atividade profissional num serviço de pneumologia pediátrica. Ao longo dos anos, o acompanhamento de crianças e jovens, nomeadamente, com doença crónica<sup>1</sup>, por vezes, dependentes de tecnologia<sup>2</sup>, reforçou a minha convicção da importância do papel da reabilitação, junto desta faixa etária e seus cuidadores, que normalmente são os pais.

No meu local de trabalho, tentamos operacionalizar a filosofia dos cuidados centrados na família, a qual reconhece a família como constante na vida da criança, pelo que a sua competência deverá ser encorajada e potenciada, através do desenvolvimento de uma parceria de cuidados, com os pais e outros cuidadores (Hockenberry & Wilson, 2014). Desta forma, através da capacitação e empoderamento<sup>3</sup>, os cuidados centrados na família têm como principal objetivo minimizar as manifestações da doença e maximizar o potencial funcional da criança.

Para tal, é necessário que o enfermeiro, enquanto profissional especialista e gestor dos cuidados à criança e família, inserido numa equipa multidisciplinar, consiga estabelecer uma aliança com os pais, respeitando a sua individualidade e experiência nos cuidados à criança (Hockenberry & Wilson, 2014).

Consciente da necessidade de uma formação especializada na área da Reabilitação, por não deter um conjunto de conhecimentos e procedimentos específicos, que permite ajudar as pessoas a maximizar o seu potencial funcional, tendo em conta a sua condição de saúde, ingressei o Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem de Reabilitação (ER).

---

<sup>1</sup> Condição que interfere com o funcionamento do dia-a-dia por mais de três meses num ano, causa hospitalização por mais de um mês num ano, ou (no momento do diagnóstico) tem a probabilidade de causar ambas as situações (Hockenberry & Wilson, 2014)

<sup>2</sup> Uma criança com idade até aos vinte e um anos, com uma incapacidade crónica que exige por rotina a utilização de equipamento médico para compensar a perda de uma função corporal de suporte de vida; que requer cuidados contínuos, diários e/ou monitorização por pessoal treinado (Hockenberry & Wilson, 2014)

<sup>3</sup> Processo de aquisição de conhecimentos e competências, que atribui influência e poder à pessoa, no processo de tomada de decisão em saúde, concedendo-lhe autonomia e responsabilidade (Menoita, Sousa, Alvo, & Vieira, 2014).

Para desenvolver as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação (EEER), definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), foi necessário realizar um período de estágio, que permitiu prestar cuidados, na área da ER, conforme o plano de estudos aprovado.

O Estágio teve em conta o documento orientador do mesmo e foi norteado por um projeto de formação, desenhado anteriormente no contexto da unidade curricular opção II do 2º semestre (apêndice 1), numa área temática de interesse de cariz pessoal e profissional, dando assim resposta à estrutura do ciclo de estudos (nº 1, alínea b do artigo 20.º do Decreto-Lei 74/2006 de 24 de Março), constituindo este relatório o culminar deste percurso.

Sendo enfermeira, numa Unidade de Pneumologia Pediátrica, Cuidados Respiratórios Domiciliários e de Transição, que integra um Centro Especializado de Fibrose Quística (CEFQ), tenho a oportunidade de acompanhar crianças, jovens (e por vezes adultos) com FQ, em regime de internamento, e esporadicamente no domicílio, desde o momento do diagnóstico à transição para o serviço de adultos, ou morte.

A prestação de cuidados à pessoa com FQ foi constituindo, desta forma, um desafio constante na minha intervenção, enquanto enfermeira, uma vez que a sua doença tem um impacto significativo na saúde e bem-estar da pessoa, quer na dimensão física, psíquica, espiritual e socio familiar, condicionando a pessoa no desenvolvimento do autocuidado.

Por esta complexidade, ao longo da minha experiência profissional, na prestação de cuidados gerais, senti necessidade de desenvolver habilidades específicas, nomeadamente ao nível da reabilitação respiratória (RR). Pois, atendendo que, a limpeza das vias aéreas (LVA) é considerada uma terapêutica fundamental, na luta pela preservação da função pulmonar, esta área da especialidade da enfermagem assumiria toda a relevância, para a melhoria da minha prática, na pessoa com FQ.

Perante a problemática descrita, questioneei qual a minha intervenção enquanto futura EEER, no controlo dos sintomas nefastos e promoção do autocuidado, à pessoa, com FQ, e família? Que competências são mandatárias desenvolver para cuidar desta pessoa e sua família?

Deste modo, centralizando a temática, no cuidar da pessoa com FQ e família, defini como finalidade do projeto de formação “Aprofundar e mobilizar um conjunto de conhecimentos, habilidades e capacidades, em contexto de estágio, que me permitissem cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os níveis de prevenção”. Delineando o percurso necessário ao desenvolvimento das competências emanadas pela OE, referentes ao EEER, defini como objetivos gerais:

- Desenvolver competências na prestação de cuidados à pessoa com FQ, na área da RR, promovendo o autocuidado;
- Desenvolver competências para a prestação de cuidados, promovendo o autocuidado, à pessoa com limitações sensório – motoras e/ou de eliminação.

A pesquisa bibliográfica em livros técnico-científicos e artigos pesquisados em *sites*, de entidades governamentais e não-governamentais da comunidade científica, e nas bases de dados eletrónicas, *CINAHL*, *MEDLINE* e *ScienceDirect*, permitiu atualizar os meus conhecimentos na área temática, reunindo os conteúdos numa revisão crítica da literatura. As palavras-chave utilizadas durante a pesquisa foram: Adulto/ *adult*, Fibrose quística/ *Cystic Fibrosis*, Auto cuidado/ *Self- Care*, Reabilitação/ *Rehabilitation*, enf\*/*nurs\**, limpeza das vias aéreas/ *airway clearance*.

A FQ é caracterizada pela mutação de um gene localizado no braço longo do cromossoma 7, responsável pela codificação da proteína transmembranar, denominado de regulador transmembranário de condutância da FQ (*Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator*). Este gene detém funções reguladoras nos canais de cloro e sódio nas superfícies das células epiteliais, traduzindo-se a sua disfunção, no transporte anormal de sódio e cloro, através do epitélio, provocando um aumento da viscosidade das secreções das glândulas mucosas (Direção Geral de Saúde [DGS], 2014; Hockenberry & Wilson, 2014; Lopes et al., 2014).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), na Europa, 1 em cada 2000 a 3000 recém-nascidos nasce com FQ (DGS, 2014).

Nas últimas décadas, a esperança de vida tem vindo a aumentar, e de acordo com os dados da *Cystic Fibrosis Foundation* (CFF), em 1985, a esperança média de vida era de 27 anos de idade e em 2009 foi de 35,9 anos. Embora não hajam dados nacionais, em Portugal, estima-se que a sobrevida média atual é de 30,7 anos, de acordo com o

calculado para uma população de doentes, em seguimento numa consulta especializada (DGS, 2014).

Em setembro de 2013, no Congresso Anual da *European, Respiratory Society* (ERS), foram apresentados dados estatísticos recentes relativos ao número de doentes diagnosticados e acompanhados nos CEFQ, em Portugal. A recolha de dados foi realizada em todos os CEFQ de Portugal, ao longo de 2012, considerando a idade dos doentes até 31 de dezembro, com o objetivo de estimar a frequência da mutação F508 delta e das mutações mais comuns, antes da implementação de um estudo piloto de rastreio neonatal. Foram identificados 298 doentes, 140 do sexo masculino e 158 do sexo feminino, dos quais 176 com idades igual ou inferior a 17 anos e 122 com idade igual ou superior a 18 anos (80 com idades entre 18 e 29 anos, 28 entre 30 a 39 anos e 14 com idade superior a 40 anos), sendo a mutação F508 delta a mais comum (Pereira, et al., 2013).

O estudo piloto de rastreio neonatal foi integrado no Programa Nacional para o Diagnóstico Precoce (PNDP), em 80 000 RN, durante um ano (de outubro de 2013 a outubro de 2014). Até ao momento foram identificados 11 casos positivos confirmados, concluindo-se uma prevalência de 1: 7 273, com genótipo  $\Delta$ 508 em 91% dos casos, N1303K em 4.5% e mutação desconhecida em 4.5% (Marcão, 2014).

A FQ é uma doença potencialmente grave desde o nascimento, com um leque de manifestações clínicas muito variado, sendo que, algumas crianças poderão ter manifestações clínicas no momento do nascimento, mas outras poderão ser assintomáticas durante semanas, meses ou anos, dificultando o diagnóstico (Hockenberry & Wilson, 2014). É caracterizada por ter um envolvimento multissistémico, uma vez que a disfunção das glândulas exócrinas provoca o compromisso de vários órgãos (Apêndice 2).

Desta forma, o diagnóstico precoce e o acompanhamento em consultas especializadas de FQ são imprescindíveis para o controlo do estado nutricional, para a prevenção das complicações e tratamento da doença pulmonar crónica, que é causa da grande morbilidade e mortalidade, na maioria destes doentes (DGS, 2014; Hockenberry & Wilson, 2014; Smyth, et al., 2014).



Os CEFQ, com recurso a uma equipa multidisciplinar, permitem uma abordagem holística à pessoa e família, e são essenciais na promoção de uma boa gestão da doença e na obtenção dos melhores resultados possíveis (Conway, et al., 2014; Kerem, Conway, Elborn, & Heijerman, 2005).

A otimização dos cuidados prestados à pessoa com FQ e família, tem sido uma preocupação constante de organizações internacionais, tais com a CFF e a *European Cystic Fibrosis Society* (ECFS), na procura da melhor evidência científica e divulgação de orientações sobre diagnóstico, acompanhamento e tratamento, assim como de orientações acerca da constituição e organização da equipa multidisciplinar, nos CEFQ. Portugal tem, deste modo, através da DGS, integrado no Programa Nacional para as Doenças Respiratórias, elaborado normas e diretrizes, com base na experiência internacional.

O plano terapêutico da FQ reside em vários pilares tais como a prevenção das infeções, prevenção e tratamento das manifestações respiratórias, tratamento da insuficiência pancreática exócrina, hepática, do sistema gastrointestinal, refluxo gastroesofágico, síndrome de obstrução intestinal distal, doença óssea e controlo da diabetes, bem como o suporte nutricional (DGS, 2014).

O tratamento ou prevenção das manifestações respiratórias da FQ consiste na implementação de várias atitudes terapêuticas, como a atividade física e desportiva e a Reeducação Funcional Respiratória (RFR), nomeadamente a LVA diária, em todas as pessoas, de forma continuada ao longo da sua vida, quer em situação de exacerbação, ou perante a condição de estabilidade clínica (DGS, 2014).

Também a profilaxia e/ou tratamento da infeção respiratória com antibioterapia inalatória ou sistémica, imunomodulação da resposta inflamatória, instituição de terapêutica broncodilatadora, avaliação da necessidade de oxigenoterapia de longa duração (OLD) e de ventilação não invasiva (VNI) poderão constituir opções terapêuticas. E, em caso de compromisso pulmonar grave, que não demonstre melhoria com as opções mencionadas, a pessoa poderá ser proposta para transplante pulmonar (DGS, 2014).

Dada a fisiopatologia da doença, o fundamentalismo perante a necessidade de mecanismos de LVA, na pessoa com FQ, fomentou o desenvolvimento de múltiplas técnicas e dispositivos de ajuda.

Para promover a segurança e eficácia dos mesmos, a CFF criou uma comissão para examinar a evidência clínica em cada terapia e elaborar orientações para a sua utilização. Através de uma revisão sistemática da literatura, de artigos publicados entre 1999 e abril de 2007, a comissão determinou que:

- Os mecanismos de LVA são recomendados a todos as pessoas com FQ, para mobilização das secreções, manutenção da função respiratória e melhoria da qualidade de vida;
- Em geral, não se verificou que um mecanismo ou técnica de LVA seja mais eficaz que outro;
- Individualmente poder-se-á verificar um mecanismo ou técnica com uma eficácia superior, quando comparado a outros; a sua indicação deverá ser baseada em fatores individuais, tais como a idade, a gravidade da doença, a preferência da pessoa e a eficácia observada, através de avaliações objetivas, como a função respiratória, e subjetivas, como a apreciação da pessoa;
- O exercício aeróbico é recomendado na pessoa com FQ, como uma terapia adjuvante na mobilização das secreções brônquicas, tendo benefícios adicionais para a saúde em geral (Flume, et al., 2009).

Esta comissão acrescenta que a educação, sobre os mecanismos de LVA deve ser realizada por profissionais de saúde experientes na aplicação das técnicas, e com disponibilidade para a pessoa, e família, reavaliando periodicamente as suas necessidades de formação (Flume, et al., 2009).

As técnicas e dispositivos terapêuticos recomendados são descritos pela DGS (2014), que as categoriza em técnicas passivas e ativas. As técnicas passivas referem-se à drenagem postural e manobras de percussão e vibração torácica. As ativas compreendem técnicas, tais como o ciclo ativo das técnicas respiratórias (CATR) e drenagem autogénica, com ou sem ajuda de produtos de apoio, como por exemplo dispositivos de pressão positiva expiratória, pressão positiva oscilatória e compressão torácica de alta frequência. A PEP mask®, o sistema de PEP Pari®, Baby PEP e Buble

PEP (ou similares) são exemplos de dispositivos de pressão positiva expiratória. O flutter®, acapella®, RC Cornet® (ou similares) são dispositivos de pressão positiva oscilatória e o *high-frequency chest wall oscillation* (HFCWO) vests é utilizado para a compressão torácica de alta frequência.

Osman, Roughton, Hodson, & Pryor (2010) realizaram um estudo, com o objetivo de comparar os efeitos de curto prazo do HFCWO vests com as outras técnicas de LVA, em pessoas com FQ, hospitalizadas por infecção respiratória, através da medição do peso total das secreções, espirometria e saturação periférica de oxigénio, e da avaliação de outros fatores como a eficácia percebida, o conforto, a incidência de perda de urina e a preferência. A análise dos dados permitiu obter os seguintes resultados de 29 pessoas (72% homens) com idade média de 29,4 anos, e com média de FEV<sub>1</sub>(%) 38: (1) a expulsão, de significativamente, mais expectoração, durante uma única sessão de terapia com as técnicas habituais, e durante um período de 24h (diferença média 4,4 g e 6,9 g, respetivamente), do que com HFCWO ( $p < 0,001$ ); (2) não se verificou nenhuma mudança significativa em FEV<sub>1</sub>% ou na saturação de oxigénio, após a utilização do HFCWO ou com as terapias habituais, em comparação com os valores basais; (3) 17 pacientes (55%) manifestaram preferência pelas suas técnicas habituais.

Perante as orientações da CFF sobre a implementação de técnicas de LVA desde o diagnóstico, é esperado, que na idade adulta, a pessoa com FQ conheça-las todas, assim como os produtos de apoio disponíveis. E, desta forma, consiga considerar mais do que uma técnica eficiente, incluindo-a(s) na sua rotina diária, adaptando à escola, trabalho e família. O desafio é estabelecer com a pessoa, um plano de reabilitação, perante a panóplia de técnicas e dispositivos atualmente existentes (Lester & Flume, 2009).

Na doença crónica, a adesão ao plano terapêutico é um desafio para algumas famílias que tendem a ser seletivas e inconsistentes, acerca da terapêutica que adotam. A responsabilização requer paciência e perseverança, assim como engenho e ciência, que poderá ser denominada de arte (Fitzgerald, 2014).

A investigação de fármacos moduladores da proteína CFTR trouxeram uma nova esperança às pessoas com FQ. Embora com eficácia dependente de vários fatores, como o tipo de mutação da FQ, estes fármacos atuam no defeito da produção da proteína CFTR, ao invés de tratar sintomas, potenciando o resgate de cloro e sódio à superfície

das células epiteliais, minimizando significativamente o impacto da doença. O Ivacaftor é o único fármaco aprovado para comercialização, contudo outros fármacos estão a ser alvo de ensaios clínicos (Beekman, et al., 2014; Smyth, et al., 2014).

Apesar da evolução considerável das opções de tratamento, a FQ continua a ser uma doença progressiva e incurável. Contudo, os avanços da tecnologia permitiram que os adolescentes e os seus pais defrontem o desafio de definir os seus objetivos futuros, que podem incluir a universidade, a carreira profissional, os relacionamentos sociais e o casamento. Desta forma, urge a pertinência de abordar as questões relacionadas com a sexualidade, casamento, reprodução e profissão, pretendendo-se que os jovens definam os seus objetivos de vida e vivam de acordo com o que a sua doença permite, assumindo a gestão da mesma, maximizando o seu potencial, de forma a tornarem-se adultos independentes (Conway, et al., 2014; Hockenberry & Wilson, 2014).

Chang & Johnson (2014) expõem que o Enfermeiro para promover cuidados diferenciados à pessoa com doença crónica, e sua família, tem de ser detentor de um corpo de conhecimentos e habilidades específicas, e compreender qual o significado de viver com essa condição, reconhecendo quais as necessidades desta pessoa e família.

A gestão da FQ, enquanto doença, pode ser emocionalmente e fisicamente desafiadora para a pessoa, sua família e cuidadores. A doença e as atitudes terapêuticas influenciam a capacidade de lidar com as tarefas do dia-a-dia e os eventos inesperados da vida. E, embora o aumento da sobrevida esteja relacionado com a melhoria do regime terapêutico, as pessoas continuam a considerar que este é muito exigente (Nolibí, et al., 2011).

A reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas a maximizar o seu potencial funcional, tendo em conta a sua condição de saúde.

*America Thoracic Society* (ATS) e ERS (Spruit, et al., 2013) definiram a reabilitação pulmonar como uma intervenção abrangente, baseada numa avaliação sistematizada da pessoa, que permite adaptar os exercícios, de forma a melhorar a condição física e psicológica da pessoa com doença respiratória crónica (DRC) e promover a adesão terapêutica, a longo prazo. Deve incluir, sem ser limitada, ao Treino de exercício, educação, e mudança de comportamento.

A RFR é definida como a terapêutica que utiliza fundamentalmente o movimento na sua intervenção, com o objetivo de restabelecer o padrão funcional da respiração, atuando essencialmente nos fenómenos mecânicos da respiração, através de vários exercícios respiratórios (Cordeiro & Menoita, 2012).

Posto isto, pretende prevenir e corrigir alterações músculo-esqueléticas, reduzir a tensão psíquica e muscular, assegurar a permeabilidade das vias aéreas, prevenir e corrigir os defeitos ventilatórios, melhorando a distribuição e ventilação alveolar, melhorar a *performance* dos músculos respiratórios e reeducar no esforço. Cada programa de reabilitação respiratória (RR) deverá ser individualizado, tendo em conta vários fatores, como a doença, a pessoa, local de realização e os meios disponíveis (Cordeiro & Menoita, 2012).

A prática de enfermagem requer uma abordagem sistemática centrada na pessoa, e baseada em modelos conceptuais de enfermagem. Considerando que a FQ condiciona a pessoa no desenvolvimento do autocuidado, este torna-se um conceito central em enfermagem, pelo que se considerou a teoria Geral do Autocuidado, de Dorothea Orem, a mais estruturante para o desenvolvimento do projeto de formação.

O autocuidado foi teorizado pela primeira vez por Orem (2001) em 1958, que o descreve como as ações positivas e deliberadas que a pessoa realiza em seu benefício, para a manutenção da vida, saúde e bem-estar. Desta forma, o autocuidado torna-se uma responsabilidade da pessoa e sua família, que inclui a promoção para a saúde e bem-estar e a procura de tratamento da doença, quando esta surge, e está sujeito à influência de diversos fatores internos, relacionados com a singularidade do ser humano, e externos, relacionados com o ambiente e recursos.

A sua teoria é baseada em cinco premissas que podem ser resumidas em informação deliberada e contínua, empoderamento, privações e limitações no agir, decisão e responsabilidade. A autora formulou a teoria geral de enfermagem sobre o autocuidado, a qual é constituída por três bases teóricas relacionadas: autocuidado; défice de autocuidado e sistemas de enfermagem, identificando três classificações de sistemas de enfermagem - sistema totalmente compensatório, sistema parcialmente compensatório e o sistema de apoio-educação (Orem, 2001).

Desta forma, a intervenção do EEER, compreende assim vários pilares: (1) a adaptação e a gestão da sua condição de saúde, promovendo o auto cuidado; (2) prevenir as complicações e agravamento das suas limitações; (3) promover a reintegração na comunidade (4) promover a qualidade de vida (OE, 2010).

Ao longo do relatório, pretende-se descrever e analisar as atividades e intervenções desenvolvidas, no período de estágio, nos vários locais programados.

O Estágio decorreu durante o primeiro semestre do ano letivo de 2014-2015, ao longo de 18 semanas: de 30 de setembro de 2014 a 13 de fevereiro de 2015, em dois contextos diferentes, hospitalar e comunitário. O estágio hospitalar decorreu entre 30 de setembro a 28 de novembro de 2014, numa Unidade de Reabilitação Respiratória (URR) de adultos, de um centro hospitalar, sendo que três dias, foram em observação, num Serviço de Reabilitação Pediátrica (SRP), de outra instituição. De 1 de dezembro de 2014 a 13 de fevereiro de 2015 decorreu o estágio na comunidade, integrando uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), numa zona essencialmente rural.

A escolha dos locais esteve relacionada com as características dos serviços e objetivos delineados no projeto de formação. Desta forma, era espetável que o primeiro estágio fosse direcionado para a concretização do primeiro objetivo geral.

A URR está integrada numa instituição universitária de referência do Serviço Nacional de Saúde (SNS), e atua em três áreas diferenciadas, na assistencial, no ensino e na investigação, constituindo um centro de referência em múltiplas áreas clínicas, no contexto regional, nacional e dos países de expressão portuguesa. Permite o desempenho de funções e atividades do EEER, predominantemente na área da RFR, no contexto da equipa multidisciplinar, à pessoa com patologia respiratória aguda e/ou crónica, em contexto de ambulatório e/ou em regime de internamento, com um horário de funcionamento das 8h às 18h. Dispondo de uma equipa de EEER, os mesmos são distribuídos para a prestação de cuidados no internamento e ambulatório, sendo que no ambulatório existem três áreas de atuação, o treino de exercício, em ginásio, sessões de RFR e, o Hospital Dia e Consulta de FQ, integrando um CEFQ.

O SRP permite uma intervenção diferenciada, em regime de internamento, predominantemente na área da reeducação funcional motora (RFM), sensorial e cognitiva, no contexto da equipa multidisciplinar. É um serviço que proporciona a

oportunidade de prestar cuidados de reabilitação à criança e jovem com alterações neurológicas e neuromusculares, nomeadamente com paralisia cerebral (PC), traumatismo crânio-encefálico (TCE), lesão vertebro medular (LVM), entre outras, com o objetivo de promover o autocuidado da criança e família, envolvendo o(s) cuidador(es) na prestação de cuidados.

A ECCI é uma equipa multidisciplinar que presta cuidados em contexto domiciliário, maximizando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da reabilitação, readaptação, reinserção familiar e social. Desta forma, possibilita a prestação de cuidados do EEER, na área da RFR, motora e sensorial, no contexto do domicílio e comunidade. Assegura gradualmente a prestação de cuidados, no domicílio, todos os dias do ano, no horário de funcionamento das 8 às 20 horas nos dias úteis e, conforme as necessidades, aos fins de semana e feriados, com garantia mínima das 9 às 17h.

Em suma, os capítulos que compõem este relatório de estágio são: Introdução, que inclui o tema que fundamenta a área temática - Cuidar da pessoa com FQ, através da revisão crítica da literatura; Percurso de desenvolvimento de competências na área da ER, que consiste na descrição, análise e reflexão sobre as atividades desenvolvidas, nos vários domínios de competências comuns e específicas do EEER e, por fim, são apresentadas as considerações finais.

## **1. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NA ÁREA DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

O espírito da reabilitação é sinónimo de interesse autêntico pela pessoa, sem a reduzir à sua doença ou limitação. Interesse pelas suas experiências de vida, e pela forma que as mesmas a afetaram, e os que a rodeiam. Interesse por proporcionar a melhor qualidade de vida possível, mesmo quando as capacidades que a pessoa detém são reduzidas, demonstrando sensatez no agir, respeitando a vontade, os limites e os recursos da pessoa (Hesbeen, 2003).

A chave da constante adaptação dos profissionais às situações que assistem reside em três elementos - no rigor dos saberes e habilidades técnicas, na flexibilidade perante a condição e os desejos da pessoa, e na coerência da equipa (Hesbeen, 2003).

A deficiência<sup>4</sup> ou incapacidade<sup>5</sup> não resultam necessariamente numa situação de desvantagem. Esta depende dos obstáculos<sup>6</sup> que a pessoa enfrenta e da forma como a pessoa os gere. Para que dê origem a desvantagem, o obstáculo tem de ter impacto na condição da pessoa, agravando as suas limitações (Hesbeen, 2003).

Hesbeen (2003) define reabilitação como,

a ciência e a arte da gestão dos obstáculos potencialmente geradores de desvantagem (...) é uma prática multidisciplinar que se baseia, entre outros, em conhecimentos cientificamente fundamentados. Tem como finalidade assegurar à pessoa incapacitada ou deficiente, bem como aos seus próximos, diferentes ações que permitem suprimir, atenuar ou ultrapassar os obstáculos geradores de desvantagem. A sua prática é exercida por equipas especializadas aptas a utilizar da melhor forma os recursos disponibilizados pelos meios de reeducação funcional, de reinserção social e de reinserção escolar ou profissional (p.52).

A reabilitação pretende assim capacitar a pessoa com deficiência ou incapacidade, a tornar-se o mais funcional possível, de forma a evitar o sentimento de fardo da sua existência.

---

<sup>4</sup> Alteração prolongada de estrutura anatómica, fisiológica ou psicológica de um indivíduo.

<sup>5</sup> Consequência funcional de uma deficiência.

<sup>6</sup> Os obstáculos podem estar relacionados com o ambiente físico (localização geográfica, características da cadeira de rodas, arquitetura da casa, entre muitos outros), o ambiente humano (intervenções profissionais desadequadas, características da relação com o outro - sensação de pena, discriminação, superproteção, dependência), o ambiente administrativo e financeiro (burocracia e demora associada à solicitação de direitos de apoio técnico e financeiro) e com as características pessoais (como a esperança, alteração da auto imagem, reinvestimento em si, motivação, regressão)



O EEER deverá reunir competências que o permita criar, implementar e monitorizar planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, que visem a reintegração das pessoas na família e na comunidade, tendo como preocupação a promoção da qualidade de vida. As competências específicas estão regulamentadas pela OE e resumem-se à complexidade de cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados, capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação, para a reinserção e exercício da cidadania, maximizando a sua funcionalidade (OE, 2010).

O estágio proporcionou oportunidade para o desenvolvimento de quase todas as atividades propostas, em projeto de formação, e outras, embora com intensidade e complexidade variável.

Posto isto, utilizando a linha de pensamento espelhada nos quadros 1 a 4 do projeto de formação (apêndice 1), optou-se por correlacionar os vários domínios de competências e respetivas unidades de competências, com a descrição das atividades concretizadas, nos diferentes locais de estágio. Assim, neste capítulo pretende-se através da descrição, análise e reflexão das atividades, fundamentar o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEER, recorrendo aos critérios de avaliação e indicadores de avaliação, enumerados no projeto de formação.

### **1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional Ética e Legal e Competências Específicas do EEER**

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal compreende um conjunto de competências que assentam na demonstração de uma prática profissional e ética, baseada num corpo de conhecimento ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências da pessoa (OE, 2010a).

Pela intersecção inequívoca com as competências específicas do EEER, nomeadamente no cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida em todos os contextos da prática de cuidados (OE, 2010b.), irei descrever e analisar as atividades, que possibilitaram a concretização dos objetivos delineados, e o desenvolvimento das competências correlacionadas, descritas no quadro 1.

## Quadro 1 – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal e Competências Específicas do EEER

Unidades de competência	
A1 - Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção	
A2 - Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais	
J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida em todos os contextos da prática de cuidados	
Objetivos	
1. Desenvolver uma prática profissional e segura, baseada em princípios éticos e deontológicos na área de enfermagem de reabilitação;	
2. Fortalecer a iniciativa e responsabilidade perante a tomada de decisão, relativas à área de especialização, respeitando os valores, costumes e crenças da pessoa e família;	
3. Analisar as funções e atividades do EEER na prestação de cuidados à criança, com limitações respiratórias, sensoriomotoras e de eliminação, e sua família;	
4. Desenvolver o processo de enfermagem, na prestação de cuidados, com base na teoria geral do auto cuidado.	

A integração nos locais de estágio foi fundamental para **analisar as funções e atividades do EEER na prestação de cuidados, com limitações respiratórias, sensoriomotoras e de eliminação, e sua família e possibilitar a prestação de cuidados, baseada numa prática profissional e segura**. Para isso, para além de conhecer a organização do serviço, as respetivas normas e protocolos, e os recursos materiais disponíveis, foi necessário conhecer os vários elementos da equipa multidisciplinar e a sua dinâmica de funcionamento.

O período de integração em ambos os locais foi um pouco complexo, por diversos motivos. Embora exerça a profissão de enfermagem desde 2001, os estágios implicaram estar num serviço com características diferentes do meu local de trabalho, entre as quais a idade dos utentes, as situações clínicas, a dinâmica da equipa de enfermagem e multidisciplinar, e a organização do serviço. Apesar de ficar inicialmente inibida por todos os aspetos mencionados, tentou-se identificar as intervenções esperadas, enquanto futura EEER, e usufruir das condições existentes e experiência disponível.

Na URR, a prestação de cuidados pode ser dirigida a um vasto leque de pessoas, com idade superior a 18 anos, em regime de ambulatório ou internamento. Em ambulatório, a pessoa poderá usufruir de sessões de RFR, treino de Exercício e/ou do Hospital Dia e Consulta de FQ, podendo ser referenciada pelo serviço de internamento ou da Consulta Externa. Os serviços de internamento, aos quais a unidade dá apoio, são

múltiplos, podendo ser unidades de cuidados intensivos (UCI), cirúrgicos ou das várias especialidades médicas (infeciologia, hematologia, ortopedia, cardiologia, entre outras).

Perante a diversidade do ambiente ou contexto, patologia, complexidade da condição da pessoa e multiplicidade de intervenientes no cuidar, foi inevitável o sentimento de alguma fragilidade, também relacionado com o facto de ser um novo elemento, estranho à equipa, e de passagem, sendo vista como “mais um, de muitos alunos em estágio”.

De uma forma geral, a simpatia e disponibilidade da equipa de enfermagem, da unidade, na apresentação e acolhimento ao serviço, facilitaram a tomada de iniciativa e exposição de dúvidas, nomeadamente a EEER orientadora. Por outro lado, a apresentação aos outros profissionais da equipa multidisciplinar da unidade, e dos serviços de internamento, foi muito ténue, aparentemente relacionada com a grande rotatividade de alunos de enfermagem de reabilitação, e com a dinâmica de funcionamento das próprias equipas.

O conhecimento dos diversos protocolos de funcionamento da unidade e cuidados que oferece, nomeadamente sobre o circuito do utente e respetiva referênciação para a unidade de reabilitação respiratória, em regime de ambulatório ou internamento, foram essenciais na integração.

As folhas de registo de enfermagem utilizadas pelo serviço (anexo 1), incluindo o registo do ensino da terapêutica inalatória (anexo 2), e respetivas escalas de avaliação escala de *Borg* modificada (anexo 3) e *The St George's Hospital Respiratory Questionnaire* (SGRQ) (anexo 4), também constituíram um bom recurso, pois são objetivas, sucintas e enumeram conteúdos fundamentais, semelhantes a uma lista de verificação, orientando a intervenção.

O método de distribuição de trabalho, pelos vários serviços de internamento ou ambulatório, era realizado diariamente. Assim, o local de intervenção era passível de mudar frequentemente, constituindo um obstáculo no planeamento. Porém, possibilitou a experiência de prestar cuidados em todas as áreas de intervenção disponíveis.

Perante a complexidade e variabilidade de situações descritas, alvo de cuidados de ER, na URR, centrei a minha atenção no desenvolvimento de conhecimentos

específicos sobre a patologia respiratória e RFR, e, naturalmente, a minha intervenção na área da RR.

A pesquisa bibliográfica e a revisão de conteúdos específicos foram um recurso importante, pois promoveram a capacidade de avaliação da pessoa e estimularam a reflexão sobre a prática, assim como a enfermeira e a professora orientadoras, no esclarecimento de dúvidas ou validação de conhecimentos mobilizados, fomentando a iniciativa e permitindo o desenvolvimento do processo de enfermagem e da capacidade de tomada de decisão, face à pessoa com limitações respiratórias.

O estágio no SRP também proporcionou uma experiência muito enriquecedora, através do conhecimento de outra realidade de cuidados, perante crianças e jovens, com alterações sensoriomotoras e de eliminação, e sua família.

Relembrando que consistiu num estágio de observação, de curta duração, a minha presença foi essencialmente de espectadora, tendo sido muito bem acolhida pelos colegas, que desvendaram a complexidade da sua intervenção, fomentando a **análise da intervenção do EEER perante a criança ou jovem, e sua família, com limitações essencialmente sensoriomotoras e de eliminação** (apêndice 3).

Embora a realidade percecionada tenha sido muito diferente do meu contexto de trabalho, reconhece-se algum paralelismo na filosofia de cuidar, nomeadamente nas intervenções para preparação dos pais, para a realização das atividades de autocuidado dos seus filhos, que espelham a filosofia dos cuidados centrados na família.

No SRP, a dimensão e organização do espaço físico, a intensidade das terapias disponíveis para os utentes, os recursos materiais e equipamento disponível, a postura e intervenção da equipa de enfermagem e multidisciplinar, toda a organização e estruturação do serviço estão focados numa missão – a maximização da funcionalidade.

As crianças e os jovens chegam ao internamento, vindos de casa ou transferidos de outra instituição, com estabilidade clínica, com o propósito dos mesmos, e respetivos cuidadores, encontrarem estratégias para se adaptarem às limitações residuais, potenciando as suas capacidades, e integrando o plano terapêutico na rotina diária de cada criança/ jovem e família, de forma a preparar o regresso a casa e melhorar a sua capacidade funcional no seu dia-a-dia, na comunidade.

A integração na ECCI foi inicialmente dificultada pela sua estrutura organizacional complexa que desconhecia, pelo que houve necessidade de compreendê-la. Para isso, descreveu-se sumariamente os principais pilares da organização da unidade e analisou-se as funções do EEER, em jornal de aprendizagem (apêndice 4), considerando a experiência vivida e a pesquisa bibliográfica realizada.

Desta forma, foi possível compreender que a ECCI é uma equipa multidisciplinar, que através de um conjunto de intervenções no âmbito da saúde e/ou apoio social, pretende promover a autonomia e melhorar a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, em qualquer faixa etária, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social (Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho). Neste contexto, o EEER, deverá conceber, implementar e monitorizar planos de reabilitação, baseados nos problemas de saúde reais e potenciais da pessoa, que sustentem a prestação de cuidados de ER, em contexto domiciliário ou em instituições de apoio social (OE, 2009).

O Plano Individual de Intervenção (PII), assim denominado de acordo com Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, deverá delinear o conjunto dos objetivos a atingir, face às necessidades identificadas da pessoa, e as intervenções dirigidas de cada profissional, da equipa, visando a recuperação ou a manutenção da pessoa.

Embora tenha alguma experiência na visita domiciliária a crianças/ jovens com doença crónica, numa unidade móvel hospitalar, integrada no meu local de trabalho, a sua organização é pouco ou nada, semelhante à dos cuidados de saúde primários. Desde os critérios de referenciação, a equipa que a constitui, o tipo de registos (informáticos) e a intervenção específica do EEER, foram conceitos novos.

Considerando que o PII é um projeto em curso, no local, este não está sistematizado, o que dificultou o reconhecimento das intervenções implementadas. Os registos de enfermagem existentes são realizados em sistema informático, através do *software* aplicacional Serviço de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), e no *software* da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Não tendo qualquer familiaridade com este tipo de *software*, desconhecia o seu funcionamento, o que dificultou o acesso aos dados. Desta forma, a pesquisa dos dados anteriores constituiu uma barreira significativa, mas inicial, e, neste contexto, o maior obstáculo foi garantir a continuidade dos cuidados a pessoas, que são acompanhadas há meses/anos.

No âmbito dos cuidados domiciliários, constatou-se a oportunidade de estabelecer uma proximidade diferenciada com a pessoa, a família, e o meio envolvente, que o meio hospitalar não permite. Para além da distribuição de trabalho ser programada, de forma a prestar cuidados diários ou regulares, de 2 a 3 vezes por semana, às mesmas pessoas, durante longos períodos de tempo, também a visão da pessoa é mais abrangente, permitindo uma prestação de cuidados, baseada num modelo holístico.

Esta proximidade permitiu conhecer as condições reais do meio envolvente da pessoa e família, desde os acessos, as condições habitacionais e de salubridade, os recursos materiais e humanos disponíveis, como vizinhos e família. Nesta circunstância, a exposição das suas maiores fragilidades e dificuldades, é significativa e o tipo de relação que se cria é decisiva para o estabelecimento de uma relação terapêutica e, naturalmente, para a continuidade do plano de reabilitação.

Na URR, a relação com a pessoa foi condicionada ao tempo disponível para a prestação de cuidados de ER, com ênfase na área respiratória. Considerando as características do local de estágio, anteriormente designadas, na maior parte das situações, a interação foi focada na abordagem ao motivo de solicitação de RR. E desta forma, dirigida a várias intervenções específicas como a administração de terapêutica inalatória e/ou oxigenoterapia e/ou aos exercícios de RFR e/ou treino de exercício. Embora este aspeto, inevitavelmente, tenha proporcionado uma visão mais redutora da pessoa, não impediu o estabelecimento de uma relação de ajuda.

A relação entre o profissional de enfermagem e a pessoa, à luz da teoria do Autocuidado, é descrita como uma relação de complementaridade, sendo que a essência da relação dever-se-á basear no agir com a pessoa, para a obtenção de um determinado resultado, negociado com a própria, no sentido da satisfação das atividades de autocuidado (Orem, 2001).

O enfermeiro deverá incentivar e/ou capacitar a pessoa no autocuidado, de acordo com a sua condição de saúde e vontade. E, caso a mesma não o consiga concretizar, o enfermeiro deve completar a sua ação, dando origem a uma interação dinâmica, alicerçada na cooperação. Para isso, é fundamental ter a consciência, que existem vários fatores, de parte a parte, que condicionam a interação, nomeadamente a idade, a

personalidade, o estágio de desenvolvimento, características socioculturais, experiências de vida, crenças e valores (Orem, 2001).

Nesta perspectiva, é necessário que os enfermeiros se envolvam no desenvolvimento do seu profissionalismo, com respeito pela vida, saúde e bem-estar. Através da gestão das suas próprias convicções e sentimentos, como profissionais, os enfermeiros deverão ser capazes de construir uma relação básica de amizade e confiança, com a pessoa, que poderá ser demonstrada, por ambos através de emoções como a simpatia, o companheirismo, a empatia e o empenho no desempenho das suas funções. O respeito pela função, ação e reação de cada um é essencial para o estabelecimento de uma relação de interação e influência recíproca (Orem, 2001).

De uma forma geral, quer em meio hospitalar ou domiciliário, na prestação de cuidados, houve facilidade em estabelecer uma relação de ajuda, com a pessoa e família.

A postura adotada assente na simplicidade e honestidade, empatia, intencionalidade e ponderação na ação, valorização da linguagem verbal e não-verbal, e cuidado em clarificar e validar a informação dada e/ou percebida, coadjuvaram no desenvolvimento de uma relação de parceria, assim como na aplicação dos princípios éticos da profissão de enfermagem.

Em todo o percurso de formação, demonstrou-se valores inerentes à prática, como o respeito pela autonomia da pessoa e família, a justiça, os princípios da beneficência e não maleficência, procurando humanizar os cuidados o mais possível, quer dentro da instituição hospitalar com uma história organizacional muito forte e secular, e enraizada no modelo biomédico, quer no domicílio, procurando **desenvolver uma prática baseada em princípios éticos e deontológicos na área de ER.**

Situações concretas suscitaram a análise, em jornal de aprendizagem, à luz dos princípios éticos da profissão, nomeadamente o pedido de RFR na pessoa em cuidados paliativos (apêndice 5) e o receio de intervir na pessoa submetida a cirurgia abdominal complicada, por deiscência das anastomoses e peritonite (apêndice 6).

Ultrapassado o acanhamento inicial, relacionado com o facto de estar num local novo e desconhecido, ou o receio de errar perante novas situações, indicando sentido de responsabilidade profissional, demonstrou-se facilidade em comunicar com a pessoa, e

sua família, e outros intervenientes no cuidar, de forma verbal e não-verbal, conseguindo captar a sua atenção e colaboração, na interação, e obtendo por vezes questões, sugestões e agrado pelas orientações dadas.

O cuidado face à adoção de estratégias de sigilo profissional e privacidade, e à solicitação do consentimento informado, através do esclarecimento do que se pretende fazer e com que intenção, como se pretende fazer, e se a pessoa concorda, foram outros princípios coadjuvantes no desenvolvimento da relação.

Em meio hospitalar, a relação foi desenvolvida num contexto e com objetivos muito específicos, verificando-se um tempo limitado para a interação. Na comunidade, o EEER tem uma intervenção mais abrangente, pois para além de um profissional que realiza várias técnicas ou procedimentos, que implicam uma avaliação prévia, é ouvinte e confidente, conselheiro, gestor de conflitos e procura promover o funcionamento da família, através da identificação e validação dos problemas potenciais e reais, no íntimo da sua casa, com recurso aos meios da comunidade, materiais e humanos.

Ao apreciar a descrição dos vários contextos é possível reconhecer que a URR reflete um modelo essencialmente biomédico, ao invés do SRP e da ECCI, contextos que permitem uma abordagem holística da pessoa.

Embora a enfermagem manifeste luta no combate e resistência às influências do modelo biomédico, nomeadamente na formação, este mantém uma presença muito forte, especialmente nos serviços hospitalares. Algumas estratégias para a contenção dos custos em Saúde, para promover a sustentabilidade dos serviços, nomeadamente a não contratação de novos profissionais e o rácio inadequado de enfermeiro/pessoa na prestação de cuidados, entre outros, favorecem o seu fortalecimento.

Hesbeen (2003) relembra que o papel da medicina é muito mais vasto do que o descrito pelo modelo biomédico. Após estabilidade clínica, devemos ajudar a pessoa a encontrar uma forma harmoniosa de viver, compatível com a sua condição de saúde. Nesta perspetiva, a missão dos que cuidam é ajudar alguém a encontrar ou a recuperar o equilíbrio do ser, ao longo da vida.

**Para Desenvolver o processo de enfermagem, na prestação de cuidados, com base na teoria geral do auto cuidado e Fortalecer a iniciativa e responsabilidade**



**perante a tomada de decisão, relativas à área de especialização, respeitando os valores, costumes e crenças da pessoa e família,** foi fundamental a prestação de cuidados de reabilitação.

A experiência na URR foi bastante diversificada, pois facultou a prestação de cuidados de ER à pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), FQ e pneumonia complicada por derrame pleural, à pessoa submetida a cirurgia abdominal complicada por deiscência das anastomoses, a pneumectomia e a *sleeve* gástrico (complicada por derrame pleural), em regime de internamento ou ambulatório.

O estágio em ECCI proporcionou o acompanhamento, regular e continuado, de três pessoas: uma mulher com 44 anos de idade, com o diagnóstico de esclerose lateral amiotrófica (ELA), diagnosticada em 2009, com o apoio da ECCI, desde janeiro de 2012; uma adolescente com 14 anos de idade, com atraso global do desenvolvimento psicomotor (ADPM), com tetraparésia espástica, epilepsia e, com apoio da ECCI desde fevereiro de 2013; e, uma idosa com 81 anos de idade, com o diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquémico à esquerda em dezembro 2014, com apoio da ECCI desde janeiro de 2015.

Segundo Orem (2001) o termo processo é utilizado no sentido de uma sucessão de ações contínuas e regulares, com a finalidade de atingir objetivos e resultados. Nesta perspetiva, considera o processo de enfermagem como um conjunto de operações tecno profissionais da prática de enfermagem, que designa uma sequência contínua e regular de ações que devem ser desenvolvidas de forma individualizada, deliberada e orientada para a concretização de objetivos.

Estas ações consistem em operações diagnósticas, prescritivas, reguladoras ou de tratamento, e de controlo ou gestão do caso, e devem ser desenvolvidas de forma sequencial, sem que necessariamente a etapa anterior se tenha concretizado. Assim, o processo de enfermagem é dividido em três etapas, operações de diagnóstico e prescrição (1), operações de regulação e tratamento (2), e operações de controlo (3) (Orem, 2001).

As operações de diagnóstico consistem na primeira etapa do processo de enfermagem. Implicam a investigação cuidada e dirigida da capacidade de autocuidado

da pessoa e suas necessidades de autocuidado terapêutico, bem como a relação entre elas. As operações prescritivas consistem em juízos clínicos, realizados pela enfermagem, acerca dos dados obtidos, seguidos de decisões sobre as ações necessárias para suprimir o déficit de autocuidado (Orem, 2001).

As operações diagnósticas e prescritivas de autocuidado objetivam a satisfação dos requisitos de autocuidados da pessoa, pelo que requerem informação objetiva e subjetiva acerca da pessoa, e das pessoas a ela relacionadas (Orem, 2001).

Em ambos os estágios, as maiores dificuldades sentidas, no desenvolvimento do processo de enfermagem, residiram na apreciação da pessoa e consequentes operações de diagnóstico e prescrição.

No estágio hospitalar, a avaliação inicial da pessoa foi dirigida aos requisitos de autocuidado relacionados com a manutenção de ar e de atividade, em prol duma avaliação global, dificultando a apreciação da pessoa, enquanto ser holístico. Este aspeto parece estar relacionado, não só com o facto da missão da equipa ser a RR, mas também com a inquietação em desenvolver as competências tecnicistas.

Para isso, foi mandatório a colheita criteriosa de dados, através da consulta do processo clínico e exames de diagnóstico, a avaliação física e entrevista, e utilização de instrumentos de avaliação, nomeadamente a escala de *Borg* modificada para a avaliação subjetiva da dispneia e o *SGRQ*, para a avaliação da qualidade de vida.

A avaliação física da pessoa permitiu desenvolver perícia na avaliação do padrão respiratório, incluindo os sinais de dificuldade respiratória, na avaliação da postura e configuração do tórax, na auscultação pulmonar, nomeadamente na identificação dos diferentes sons pulmonares ou ausência dos mesmos, seu significado e correlação com outros exames de diagnóstico, como a radiografia de tórax ou tomografia axial computadorizada (TAC) torácica.

Neste sentido, os contributos da EEER orientadora e da professora foram fundamentais, no estímulo e validação de conhecimentos. Outro contributo importante, foi uma sessão informal ministrada pela Pneumologista do serviço sobre imagiologia, na qual houve oportunidade de analisar várias imagens de radiografia de tórax e TAC torácica de acordo com a situação clínica da pessoa, incluindo algumas das cuidadas.

Posto isto, os diagnósticos de enfermagem mais valorizados, em contexto hospitalar, foram o défice de manutenção de inspiração de ar suficiente e défice na manutenção da atividade. Contudo, verificou-se que estes diagnósticos afetaram outros requisitos universais, tal como demonstrado nos planos de cuidados elaborados (apêndices 7 e 8).

Em ECCI, tal como mencionado anteriormente, a principal barreira na avaliação foi a dificuldade em consultar os dados anteriores. Após desenvolver algumas habilidades na consulta dos registos informáticos, procurou-se referências no registo de avaliações de enfermagem mais recentes, e nas escalas integradas no sistema informático da RNCCI e SAPE.

Considerando que o foco da reabilitação é proporcionar intervenções que melhorem a função e limitem o impacto da incapacidade, a avaliação funcional permite descrever as competências e limitações, a fim de medir o uso individual de variadas capacidades, como atividades de autocuidado e mobilidade, funcionamento cognitivo, emocional, perceptual, social e vocacional. Posto isto, o conceito de avaliação funcional deverá fazer parte integrante do processo de ER, pois uma avaliação de enfermagem da função, parcialmente baseada em escalas específicas, tem constituído uma mais-valia não só para a pessoa e para o processo de enfermagem, mas também para o processo interdisciplinar (Hoeman, 2000).

Desta forma, para além da utilização das escalas integradas, que permitiram a classificação e monitorização do grau de dependência, tais como o Índice de *Barthel* (anexo 5) e o Instrumento de Avaliação Integrada da RNCCI (anexo 6), foi imprescindível uma avaliação individual sistematizada recorrendo à avaliação dos requisitos universais do autocuidado, utilizando escalas específicas para a avaliação respiratória e neurológica, nomeadamente a *MRC motor scale* (anexo 7) para a avaliação da força, a escala de *Ashworth* modificada (anexo 8) para a avaliação do tónus muscular e a avaliação da amplitude articular para a avaliação da mobilidade, adotando o Instrumento de Registo de ER da ECCI, disponível em suporte de papel (anexo 9).

O Instrumento de Registo de ER da ECCI consiste num instrumento de avaliação criado pela equipa de enfermagem da ECCI, especificamente para a pessoa em programa de ER. Permite a avaliação neurológica sistematizada, com registo do estado

de consciência, reação pupilar, pares cranianos, sensibilidade, equilíbrio, força muscular e tônus muscular, e avaliação respiratória.

A utilização deste instrumento permitiu-me realizar uma avaliação atual, mais sistematizada, norteando a elaboração do plano de cuidados de reabilitação de dois doentes acompanhados (apêndice 9 e 10), fundamentando a intervenção, permitindo a constante reavaliação da pessoa e reformulação das ações implementadas, tal como Orem descreve como operações de regulação e tratamento, e operações de controlo.

As operações de regulação e tratamento podem ser periódicas ou contínuas e ser realizadas em conjunto com a pessoa ou com o agente de autocuidado dependente. São ações dirigidas à realização da prescrição, correspondendo à fase da implementação do processo de enfermagem e consistem nas atividades executadas, para a obtenção dos resultados esperados (Orem, 2001).

Neste sentido, e de acordo com o défice de auto cuidado, foi possível desenvolver uma intervenção nos vários sistemas de enfermagem, uma vez que o apoio necessário da enfermagem era a substituição total ou parcial da pessoa (sistema totalmente e parcialmente compensatório) e/ou o ensino, orientação e treino, para capacitar a pessoa ou o agente de autocuidado dependente (sistema de apoio-educação).

Na área da RFR foi frequente a realização de técnicas de descanso e relaxamento, consciencialização e controlo da respiração, exercícios de reeducação costal e diafragmática, terapêutica de posição, espirometria de incentivo, mecanismos de LVA, técnicas de correção postural e exercícios de mobilização torácica e treino de exercício.

A otimização de Cuidados Respiratórios Domiciliários (CRD)<sup>7</sup> foi outra atividade desenvolvida, nomeadamente ensinamentos e/ou validação dos cuidados inerentes à administração de terapêutica inalatória e OLD.

Considerando que a experiência mais regular com as pessoas com FQ, foi no contexto de consulta, as intervenções mais frequentes foram num sistema de apoio-

---

<sup>7</sup> Os CRD correspondem ao fornecimento de serviços e equipamentos no domicílio, com o objetivo de minorar as necessidades resultantes de condições respiratórias crónicas, com incapacidade permanente ou doença terminal. Sob designação de CRD encontram-se essencialmente três terapêuticas, OLD, ventilação mecânica domiciliária e aerossolterapia e, ainda, equipamentos coadjuvantes da tosse, de controlo de secreções brônquicas e monitorização cardiorespiratória (Comissão Nacional para os Cuidados Respiratórios Domiciliários, 2010)

educação, acerca das necessidades de autocuidado, sendo os principais aspetos abordados os pilares de tratamento da doença, como a medicação oral e inalatória, e manutenção dos aparelhos necessários à sua administração; queixas respiratórias atuais e programa de RFR personalizado, com ênfase nos mecanismos de LVA; prática de exercício físico; e, utilização e manutenção de OLD e/ou VNI.

Ao longo do estágio hospitalar, houve ainda a oportunidade de cuidar de uma jovem de 35 anos, com FQ, durante duas sessões de RFR, internada com agudização respiratória, com limitações muito significativas na realização das atividades de autocuidado, a aguardar a oportunidade de transplantação pulmonar (com dispneia e intolerância ao esforço, com necessidade de VNI e OLD, privada do exercício dos seus papéis de mãe, esposa, filha e profissional).

Nesta situação em particular, pôde-se constatar que a intervenção do EEER é fundamental, no acompanhamento e orientação de vários exercícios de RFR, na gestão da dispneia, tosse e esforço. Refiro-me a exercícios de controlo de respiração, mecanismos de LVA, exercícios de expansão pulmonar, de conservação de energia e relaxamento, promovendo o controlo da ansiedade, inerente à dispneia.

As intervenções na área da RFM foram possíveis de desenvolver na comunidade. De acordo com os objetivos dos mesmos, foi frequente a realização de várias técnicas e exercícios, tais como o posicionamento e mobilizações passivas, ativas-assistidas e ativas dos vários segmentos corporais, de acordo com o compromisso da sua função, respeitando as limitações articulares existentes.

As atividades terapêuticas, na pessoa com AVC, como as automobilizações, ponte, rolar e facilitação cruzada, foram atividades desenvolvidas, assim como o treino de equilíbrio estático e dinâmico (sentado e de pé), treino de levantar/transferência, treino da marcha controlada e com andador e exercícios de motricidade fina.

Outras intervenções como a gestão do regime terapêutico foram frequentes, tanto em ambiente hospitalar, como domiciliário. Considerando que na doença crónica, as pessoas e famílias propendem a ser seletivas e inconsistentes acerca das terapias que adotam, enfrentou-se o desafio de validar a adesão ao regime terapêutico instituído,

reavaliando periodicamente as necessidades de formação da pessoa e respetivo(s) cuidador(es), e incentivar a responsabilização pelo autocuidado.

Na consulta de FQ, a afirmação do não cumprimento de técnicas de RFR nem de exercício físico regulares foi comum. Com frequência, as pessoas afirmaram que conhecem os vários exercícios de RFR, mas apenas sentiam necessidade de recorrer aos mesmos, especialmente aos mecanismos de LVA, em situação de agudização respiratória.

As operações de controlo correspondem às ações que permitem a avaliação da intervenção e respetiva reformulação. Nesta etapa, o enfermeiro deverá formar juízos sobre o plano de cuidados estabelecido e sobre a evolução da pessoa, de acordo com os objetivos e resultados esperados, recomendando ajustes ou reformulação o plano, se necessário (Orem, 2001).

Estas operações foram muito frequentes no ambiente hospitalar, pela instabilidade ou evolução clínica da pessoa. Na comunidade, não foram tão frequentes. Contudo, considerando que a primeira avaliação realizada possibilitou a validação e/ou reformulação de intervenções anteriormente implementadas, esta etapa permitiu o desenvolvimento de operações de controlo relevantes, do estágio na comunidade.

A reabilitação deve ser um processo dinâmico, multi e interdisciplinar, que se centra na pessoa e sua família, e requer a elaboração de um plano de cuidados, adequado à sua condição de saúde, visando a reinserção na sociedade. Desta forma, apenas uma equipa multidisciplinar reúne as condições necessárias para responder às exigências desta ação, pela multiplicidade dos conhecimentos e experiência dos profissionais, que a compõem. Devendo ser planeado em conjunto, onde cada um contribui de forma autónoma, no projeto de cada pessoa (Hesbeen, 2003).

Perante a pesquisa realizada acerca da intervenção perante a pessoa com FQ seria expetável que a equipa multidisciplinar responsável, realizasse reuniões para discussão dos casos acompanhados e planeamento de intervenções conjuntas. Contudo, por motivos variados, irrelevantes para o relatório, não está prevista nem programada, a partilha da avaliação da condição de saúde da pessoa com FQ das várias especialidades, nem a ação conjunta da elaboração de um plano de intervenção. Os diversos

profissionais apenas se reúnem, de forma informal ou casual, se considerarem que há algo a partilhar, debater ou ajustar.

Esta dinâmica é transversal a todas as pessoas acompanhadas pela URR, sendo a interação nos vários serviços de internamento mais complicada pela diversidade dos intervenientes, e agravada pelo facto de sermos elementos exteriores à equipa, uma vez que pertencemos a outra unidade.

Não há lugar a participar nas reuniões dos vários serviços, nem seria possível, pelo número de serviços a que se presta apoio. Desta forma, a dinâmica da equipa alargada resume-se à informação em contexto informal que procuramos ou que damos aos outros profissionais, enfermeiro e outro, que encontramos no momento da sessão da RFR.

No SRP, a equipa multidisciplinar era composta pela assistente social, educadora, EEER/ enfermeiro, fisiatra, fisioterapeuta, psicóloga e terapeuta ocupacional, sendo que os resultados obtidos são avaliados e discutidos, em equipa, permitindo a reavaliação e ajustamento da intervenção, de forma regular, em reuniões que denominam de Observação de Casos Clínicos. Nestas reuniões, todos os profissionais revelam os progressos ou retrocessos, as capacidades ou dificuldades observadas, nomeadamente o EEER, que tem a oportunidade de manifestar a sua avaliação e sugerir várias intervenções, que são debatidas e acordadas em equipa.

Na ECCI, a equipa multidisciplinar era composta pela assistente social, enfermeiros (incluindo três EEER), fisioterapeuta, psicóloga e terapeuta ocupacional. A equipa não tinha médico com horas afetas, tendo necessidade de recorrer ao médico de família, se necessário. À semelhança do SRP, as reuniões da equipa multidisciplinar também eram regulares, pretendendo ser um momento formal para discussão dos casos acompanhados e outros assuntos de interesse da ECCI. Desta forma, também neste contexto, todos os profissionais envolvidos, têm a oportunidade de contribuir de forma dinâmica e consonante, no processo de reabilitação da pessoa. O obstáculo aparente, para uma melhor sistematização da intervenção, é a dificuldade na operacionalização do PII.

Perante o explanado, verifica-se que dinâmica das equipas integradas foi muito díspar, parecendo este aspeto estar relacionado não só com a dimensão da instituição, como com a filosofia do cuidar e a diversidade dos elementos que a compõem. Neste

sentido, procurou-se respeitar o funcionamento existente, com a resiliência de aceitar os obstáculos presentes e aproveitar as oportunidades de dar contributos efetivos para a promoção da reabilitação, reinserção social e bem-estar da pessoa.

No processo de reabilitação, o EEER poderá desempenhar um papel fundamental na equipa multiprofissional, não só pela proximidade que desenvolve com a pessoa, mas também pela articulação de cuidados que lhe compete, devendo ser, não só um elo entre a pessoa e outros profissionais de saúde ou cuidadores, mas também promotor da continuidade de cuidados e articulação entre as equipas e instituições.

Os registos de enfermagem fazem parte integrante do processo de enfermagem. Para além de constituírem um documento ético e legal, são um contributo fundamental para a tomada de decisão clínica, para a continuidade de cuidados, para a gestão, a formação, a investigação e para os processos de tomada de decisão (OE, 2007). Desta forma, os registos de enfermagem devem sustentar a tomada de decisão e refletir o impacto da nossa ação em ganhos em saúde, das pessoas de quem cuidamos, através de indicadores específicos, da nossa área de atuação.

Em todos os locais de estágio, o registo de enfermagem era específico de cada unidade/ serviço, tendo sido realizado em impressos próprios, em formato papel, na URR, e em sistema informático, na ECCI.

De uma forma geral, os registos realizados pretenderam dar não só continuidade aos cuidados, mas também visibilidade à intervenção do EEER, através da descrição das ações inerentes ao processo de enfermagem e da aplicação de escalas de avaliação antes da intervenção do EEER e aquando reavaliação da intervenção. Na URR, as escalas, já mencionadas anteriormente, eram aplicadas antes e após um programa de RFR, ou treino de exercício, e na ECCI uma vez por mês. Desta forma, houve o cuidado em realizar o registo inerente à avaliação, ao planeamento, à implementação da prescrição, à reavaliação e alterações necessárias das ações de enfermagem programadas, atividades que intersectam o domínio da melhoria da qualidade, designadamente o enunciado descritivo de organização de cuidados em ER.

Na URR, todos os registos são redigidos em papel e ficam organizados num processo individual, arquivado na unidade, independentemente do fato da pessoa estar



internada ou não. Este aspeto constitui certamente um obstáculo à continuidade de cuidados e visibilidade da intervenção do EEER, nesses locais. O registo informático permitiria a disponibilidade da informação a qualquer profissional autorizado, facilitando o acesso a toda a informação disponível, tal como se verifica na ECCI.

## 1.2. Domínio da Melhoria da Qualidade e Competências Específicas do EEER

Para adquirir as competências propostas neste domínio, de acordo com a OE (2010a) é necessário que o enfermeiro desempenhe um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais, conceba, gira e colabore em programas de melhoria contínua de qualidade e contribua para a criação e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro.

Pela intersecção inequívoca com as competências específicas do EEER, nomeadamente na capacitação da pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania (OE, 2010b.), irei descrever e analisar as atividades realizadas, que possibilitaram a concretização dos objetivos traçados, e o desenvolvimento das competências correlacionadas, descritas no quadro 2.

Quadro 2 – Competências e Objetivos para o Domínio da Melhoria da Qualidade dos Cuidados e Competências Específicas do EEER

<b>Unidades de competência</b>
B2 - Concebe, Gere e Colabora em programas de melhoria contínua da qualidade; B3 - Cria e mantém um ambiente seguro. J2 - Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania
<b>Objetivos</b>
1. Colaborar na implementação dos projetos e programas de melhoria da qualidade; 2. Desenvolver a capacidade de mobilização e utilização da melhor evidência na prestação de cuidados de ER; 3. Promover um ambiente terapêutico seguro na prestação de cuidados de ER à pessoa, e família, em contexto de estágio; 4. Prestar cuidados de reabilitação à pessoa com DRC e/ou com limitações sensório – motoras e de eliminação, promovendo o autocuidado nas atividades de vida, com as adaptações necessárias às suas limitações; 5. Identificar medidas que promovam a segurança, a mobilidade, a acessibilidade e a participação social, de acordo com as necessidades da pessoa e vontade.

A OE (2012) definiu seis categorias de enunciados descritivos de qualidade gerais, que pretendem explicitar qual a intervenção do enfermeiro e constituir um alicerce para a produção de indicadores sensíveis aos cuidados prestados e resultados obtidos. Elas são a satisfação do cliente<sup>8</sup>, a promoção da saúde<sup>9</sup>, a prevenção de complicações<sup>10</sup>, o bem estar e o autocuidado<sup>11</sup>, a readaptação funcional<sup>12</sup> e a organização dos cuidados de enfermagem<sup>13</sup>.

Considerando que a excelência da ER traz ganhos em saúde em todos os contextos da prática, expressos na prevenção de incapacidades e na recuperação das capacidades residuais, o Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (CEER) definiu os padrões de qualidade dos cuidados especializados. Adotando os enunciados descritivos mencionados, acresceu a Readaptação funcional<sup>14</sup> e a Promoção da inclusão social<sup>15</sup>, clarificando os cuidados de reabilitação em todos os enunciados (OE, 2011).

Desta forma, ao longo deste subcapítulo irão ser descritas e analisadas as atividades desenvolvidas que espelhem a preocupação da avaliação dos resultados obtidos com a nossa intervenção específica e respetiva análise, implicando a identificação de oportunidades de melhoria de qualidade dos cuidados.

O rigor técnico e científico, na prestação de cuidados de ER é um requisito transversal a vários padrões de qualidade, implicando a **mobilização e a utilização da melhor evidência científica**. Desta forma, tal como demonstrado ao longo do relatório e apêndices, foi frequente recorrer às plataformas de pesquisa e *sites* de referência nacional e internacional, assim como à bibliografia de referência da ESEL, não só para colmatar as necessidades sentidas mas também para a consolidação de uma prática fundamentada. Contudo, reconhece-se que a gestão do tempo de estágio e tempo laboral dificultou bastante o tempo de investigação de estudos, em plataformas de pesquisa e

<sup>8</sup> “Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o EEER persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes”.

<sup>9</sup> “... ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde”.

<sup>10</sup> “... previne complicações para a saúde dos clientes”

<sup>11</sup> “... maximiza o bem estar dos clientes e suplementa/ complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente”

<sup>12</sup> “...conjuntamente com o cliente desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde”.

<sup>13</sup> “contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem”.

<sup>14</sup> “... conjuntamente com o cliente desenvolve processos de reeducação funcional tendo em vista a qualidade de vida e a reintegração e a participação na sociedade”.

<sup>15</sup> “... desenvolve processos de promoção de inclusão social das pessoas com deficiência”.

sites de referência, pelo que se recorreu mais frequentemente a livros e manuais de boas práticas, de referência da área de especialidade.

A utilização regular de vários instrumentos de avaliação, anteriormente mencionados, antes e depois da intervenção do EEER ou periodicamente, quando a nossa ação era continuada, permitiu avaliar o impacto da nossa atuação e a necessidade de reformular o plano implementado, contribuindo para a melhoria de cuidados.

A teoria geral do autocuidado, de Dorothea Orem, constituiu o quadro de referência para o exercício profissional de ER, para a promoção de uma prática de enfermagem sistematizada e centrada na pessoa, nos diferentes locais de estágio. Apesar das dificuldades enfrentadas, e mencionadas no subcapítulo anterior, foi possível a operacionalização da teoria na prática, demonstrando-se como exemplos os planos de cuidados realizados (apêndices 7,8,9 e 10).

**Para colaborar na implementação dos projetos e programas de melhoria da qualidade** foi essencial a oportunidade de cooperar na consulta de enfermagem de FQ, na URR, e na ECCI, coadjuvar na implementação do PII e no plano de formação.

A URR integra um dos polos do CEFQ, sendo considerado um centro de referência no tratamento desta doença - o Centro de Adultos. E como tal, funciona com uma equipa multidisciplinar incluindo pediatras, pneumologistas, enfermeiros peritos (generalistas e EEER), dietistas, psicólogos e assistentes sociais, com implementação de programas de transição da Pediatria para o serviço de Adultos e de seguimento dos adultos com FQ (Cardim, 2012).

Tal como mencionado anteriormente, o seguimento em centros de referência ou especializados, com uma intervenção, com abordagem multidisciplinar, à pessoa com FQ, e família, é fundamental para a otimização dos cuidados e resultados. Sendo que a equipa multidisciplinar deverá servir como recurso para treino, educação, desenvolvimento e suporte para a pessoa e intervenientes no cuidar (Conway, et al., 2014; Kerem, Conway, Elborn, & Heijerman, 2005).

A consulta de FQ funciona semanalmente, entre as 12 e as 16h, pelo que se procurou a oportunidade de estar sempre presente. Contudo, nem sempre foi possível, devido à distribuição de trabalho, aparentemente, para conceder a oportunidade de

formação a outros profissionais, também em estágio, ou por incompatibilidade na gestão do horário do estágio e tempo laboral.

A consulta de enfermagem tem como objetivos específicos garantir apoio e suporte à pessoa com FQ, e sua família, proporcionando cuidados humanizados, esclarecendo o tratamento e apoiando na gestão do regime terapêutico.

Normalmente, o acompanhamento da pessoa com FQ, tem início na idade pediátrica, em consultas especializadas, no serviço de pediatria, e este prolongava-se na fase adulta. Atualmente é feito um processo de transição, com a articulação com a consulta da pediatria, entre os 17 e 19 anos, como prevê a ECFS (Conway, et al., 2014). A consulta de enfermagem de transição é realizada pelos profissionais dos diferentes serviços (Adultos e Pediatria), assim como a consulta médica. Esta articulação permite que a equipa pediátrica apresente o jovem, e família, à equipa que o acompanhará no futuro, promovendo a comunicação e a continuidade de cuidados, ao longo de três consultas conjuntas, e uma visita às instalações do Centro de Adultos.

Antes do momento de transição é muito importante que ambas as equipas (Adultos e Pediatria) trabalhem em conjunto, para suavizar a transição e minimizar alterações nos tratamentos. A falta de homogeneidade nos cuidados irá influenciar os resultados da pessoa (Conway, et al., 2014).

Neste sentido, verificou-se a falta de uniformização de protocolos, com inexistência de folhetos comuns, nomeadamente sobre técnicas de terapêutica inalatória, incluindo o uso, limpeza e desinfeção dos equipamentos necessários, e sobre as técnicas de RFR. Não existindo um EEER adstrito à equipa, na consulta de pediatria, este apoio e ensino é ministrado pelo EEER do serviço de internamento de pneumologia pediátrica, pontualmente ou aquando internamento. Posto isto, constata-se como urgente a necessidade de um EEER na consulta de pediatria. Reunindo competências específicas, o EEER poderia constituir o profissional de referência para a criança, e família, e outros profissionais da equipa multidisciplinar, nomeadamente para os enfermeiros, generalistas e Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, que atualmente assumem a monitorização e gestão destes cuidados.

Ao longo da idade pediátrica, em todas as consultas, o EEER poderia desenvolver uma abordagem educacional, de suporte e aconselhamento, na qual haveria uma

oportunidade continuada para o ensino, instrução e treino das várias técnicas e procedimentos, e da utilização de produtos de apoio, fomentando a disciplina e autocuidado. Poderia ainda ser o elo da equipa da Consulta de Adultos, contribuindo para a uniformização de programas e protocolos de atuação em enfermagem de reabilitação, nomeadamente para a criação de folhetos comuns.

No dia da consulta de FQ de Adultos são efetivadas a consulta médica, a consulta de enfermagem e da dietista, assim como os exames de diagnóstico de rotina, designadamente as provas de função respiratória e a colheita de expectoração para exame bacteriológico. A articulação com a Assistente Social ou a Psicóloga, ou outra especialidade médica, é agendada apenas se a pessoa o solicitar ou se o EEER ou o médico o considerar necessário.

A necessidade de uma atitude de prevenção e controlo da infeção é fundamental para prevenir as infeções cruzadas, entre pessoas com FQ. Por isso, devem evitar o contacto direto entre si e não devem permanecer juntos em locais de espera, nem partilhar quartos nem casas de banho (Conway, et al., 2014). Embora se verifique um esforço neste sentido, nomeadamente na marcação da consulta, pois é intencionalmente marcada de acordo com a estirpe infecciosa isolada na pessoa, é muito difícil o seu controlo. Verificaram-se várias situações de risco, como a utilização do mesmo espaço por todas as pessoas consultadas, nomeadamente a casa de banho onde realizavam a colheita de expectoração e o corredor onde aguardavam pela chegada dos vários profissionais.

O processo clínico da consulta reúne a informação do médico, bacteriologia, função respiratória, imagiologia, avaliação cardíaca, diário de enfermagem, CRD e diário da dietista.

A consulta de enfermagem é realizada pelos vários EEER, existindo dois enfermeiros de atribuição preferencial, sem que isso traduza a existência de um quadro de referência para o exercício profissional de ER ou a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras de qualidade, nomeadamente a assunção do modelo de enfermeiro de referência e/ou gestor de caso (GC).

O momento da consulta constitui um espaço privilegiado para o diálogo com a pessoa e, se for o caso, com a sua família (mãe, pai, cônjuge). Averiguam-se as intercorrências desde a última consulta, nomeadamente a ocorrências de crises ou necessidade de internamento, perceção do estado físico e psicológico, esclarecimento de dúvidas e aconselhamento sobre o regime terapêutico. Desta forma, a consulta reúne várias áreas de intervenção, dirigidas à observação, verificação e validação do cumprimento do plano terapêutico, que constituem os pilares de tratamento da doença e são equacionadas, no impresso de Registo de Consulta de Enfermagem – Hospital de dia de FQ dos Adultos (anexo 10). São ainda, abordadas as questões relacionadas com a idade adulta, como a decisão de uma carreira profissional, os relacionamentos sociais e casamento, a sexualidade e reprodução, pretendendo-se que a pessoa defina os seus objetivos de vida, de acordo com o que a sua doença permite. O regime alimentar, assim como a avaliação nutricional, é explanado na consulta da dietista.

O impresso é bastante objetivo e pretende deter o registo das intercorrências desde a consulta anterior, através da revisão da terapêutica em uso, incluindo a utilização de equipamentos e de dispositivos de ajuda; sinais e sintomas respiratórios classificados de 0 a 3, pela pessoa; se pratica exercício físico, qual e com que regularidade; e, se cumpre o plano de RFR, clarificando quais os exercícios e a regularidade. Por fim, o EEER, que realiza a consulta, faz uma apreciação do estado emocional do doente, delineia os principais problemas ativos e define as intervenções, de forma sumária.

A consulta de enfermagem proporcionou a oportunidade de conhecer e cooperar na implementação do programa de acompanhamento das pessoas com FQ, nas consultas de enfermagem de seguimento e de transição. Contudo, ao longo do estágio não houve oportunidade de ter um segundo contacto, com a mesma pessoa, uma vez que as consultas de seguimento são programadas de 2 em 2 meses. Neste contexto, verificou-se que a pessoa expôs as suas dificuldades e dúvidas, na implementação do regime terapêutico, na sua rotina diária. E, por conseguinte, houve oportunidade de intervenção, sobretudo na validação da instrução, orientação, treino e negociação, na promoção do autocuidado, nomeadamente acerca das técnicas de RFR e utilização de produtos de apoio, ações que demonstram a intenção de ajudar os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde, prevenir complicações, maximizar o seu bem-estar.

Perante o descrito, constata-se que a consulta efetivamente oferece uma equipa multidisciplinar, tal como é preconizado nas orientações internacionais, mas demonstra dificuldade em trabalhar a interdisciplinaridade, aspeto explanado em jornal de aprendizagem (apêndice 11). A equipa é liderada pelo médico, que assume um poder diferenciado.

Embora o registo de enfermagem demonstre uma abordagem abrangente, os diagnósticos identificados não são valorizados o suficiente para uma intervenção efetiva, designadamente em casos de não adesão terapêutica, que exigem uma intervenção multidisciplinar. Considerando a complexidade da doença, que é crónica e progressiva, e o seu impacto no dia-a-dia, é fundamental planear um momento formal para a partilha e discussão da avaliação da condição de saúde da pessoa com FQ, pelas várias especialidades, e elaborar um plano de intervenção conjunto, que inclua a vontade da pessoa, o que não se concretiza. Este aspeto parece estar relacionado com o modelo de cuidar predominante na URR. Um modelo essencialmente biomédico, que reside na objetividade e organização dos cuidados prestados (Pearson & Vaughan, 1986), e embora os fatores subjetivos sejam considerados, não são suficientemente valorizados na tomada de decisão, tornando a abordagem reducionista.

Em ECCI, embora não previsto inicialmente, a colaboração na implementação do PII e no plano de formação, foram atividades que também contribuíram para **colaborar na implementação dos projetos e programas de melhoria da qualidade**.

A definição de um PII, assim como, a designação de GC é mandatório para uma melhor coordenação, monitorização e avaliação das diferentes intervenções. Tal como mencionado anteriormente, este deverá delinear o conjunto dos objetivos a atingir, face às necessidades identificadas, e as intervenções dirigidas de cada profissional, visando a recuperação ou a manutenção da pessoa. O GC deverá ser o profissional, eleito de entre os que constituem a ECCI, que, num determinado momento, gere e responde melhor às necessidades da pessoa dependente, e sua família (Cuidados Continuados, Saúde e Apoio Social, 2007).

Perante a regulamentação através do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho de 2006, da obrigatoriedade da existência do PII, como documento constituinte do processo individual de cuidados continuados (PICC), da pessoa em situação de

dependência, em cada unidade, gerou-se a necessidade e a oportunidade da sua implementação, em ECCI. O impresso, propriamente dito, já tinha sido anteriormente elaborado (anexo11), contudo não era habitualmente utilizado, pelo que a colaboração com este projeto residiu essencialmente na operacionalização do mesmo.

Após a pesquisa informática de exemplos de operacionalização de PII, que se revelou vã, optou-se por adaptar um dos planos de cuidados, realizado no contexto do estágio. Embora tivesse sido elaborado na perspetiva da ER, à luz da teoria geral do autocuidado, permitiu demonstrar, aos diversos profissionais intervenientes, como sistematizar a intervenção. Para uniformizar a linguagem a utilizar, recorreu-se às listas de diagnósticos, da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), disponíveis no *site* da OE. Ambas ações mencionadas foram apresentadas à equipa multidisciplinar da ECCI para discussão, estabelecendo assim um impulso para a implementação do PII, naquele local.

A colaboração na formação teve em conta as necessidades de formação demonstradas pelos profissionais, nos diferentes locais de estágio. Em ECCI, residiu na elaboração e concretização, de duas sessões sobre “Mecânica Corporal no Cuidar” às Assistentes Domiciliárias das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS). Esta atividade foi desenvolvida em conjunto com uma colega de curso, a estagiar noutro pólo da ECCI, e respetivos orientadores de estágio, e incluiu a elaboração do plano da ação de formação (apêndice 12) e respetiva apresentação (apêndice 13).

A visitação domiciliária cria uma oportunidade para observar e supervisionar os cuidados prestados pelos cuidadores, nomeadamente pelas Assistentes Domiciliárias. A visitação conjunta foi ocasional, devido à gestão do tempo e cuidados dos vários profissionais. A realização desta atividade incentivou uma maior proximidade com os demais e criou um momento formal para a partilha de saberes, experiências e dificuldades, complementando a avaliação dos cuidados delegados, e a validação de instruções, através da demonstração e treino, intersectando o domínio de competências da gestão dos cuidados.

No contexto hospitalar, a supervisão e avaliação dos cuidados delegados foram muito pontuais e ocasionais. Contudo, a interpretação da linguagem não-verbal observada, aquando orientações e instruções, conduziu à perceção de uma recetividade



reduzida ou até mesmo desagrado pela nossa intervenção. Aspeto que se pode relacionar com o fato de sermos elementos exteriores aos serviços apoiados, em que o tempo de partilha com as equipas de enfermagem é muito reduzido, em tempo e conteúdo.

A delegação de cuidados de reabilitação, neste contexto, residiu essencialmente nas orientações dadas aos enfermeiros dos serviços, para promover a continuidade de cuidados, após a sessão de RFR. Cuidados como o posicionamento preferencial, instruções sobre a utilização de espirómetro de incentivo ou outro dispositivo de ajuda e/ou vigilância acerca da realização de exercícios ensinados à pessoa.

A dimensão e a diversidade de serviços de internamento e a pouca disponibilidade dos enfermeiros, pelas funções e atividades que detêm, assim como o número elevado de pessoas com indicação para RFR, sem que haja à partida uma metodologia de organização de trabalho, como a atribuição de um EEER de referência para cada serviço, constituíram obstáculos determinantes para a garantia da qualidade na delegação, supervisão e avaliação dos cuidados de reabilitação.

Na URR, propriamente dita, verificou-se que os momentos de formação eram muito frequentes, sendo ministrados, de forma formal, pela equipa multidisciplinar da unidade e, de forma informal, por alunos de EEER. No início do estágio, outros colegas em estágio de outra escola de formação, dedicaram-se à atualização de vários folhetos da unidade, sendo que colaborei na análise da respetiva reformulação. Não se considerou pertinente a realização de ações de formação formais ou de outros instrumentos de trabalho, pelo que a minha intervenção residiu na utilização dos instrumentos já feitos e atualizados.

**Para promover um ambiente terapêutico seguro na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa, e família, em contexto de estágio,** foi fundamental a identificação de fatores de risco, que coloquem em causa a segurança da pessoa ou cuidadores, e intervir em conformidade, assim como a adoção de comportamentos seguros na prestação de cuidados.

Hoeman (2011) descreve alguns dos desafios na manutenção da segurança da pessoa, que os profissionais enfrentam, no processo de reabilitação. O processo de reabilitação é complexo, exigindo várias etapas e sincronização dos cuidados, esgotando

recursos e criando lacunas nos serviços, promovendo um aumento da vulnerabilidade da pessoa. A dificuldade em trabalhar a interdisciplinaridade, a dinâmica/rotatividade de pessoas e equipas, assim como, a vulnerabilidade da pessoa e dificuldade em proteger-se, pela idade, lesão ou co morbilidade, poderão promover falhas de comunicação importantes, e por conseguinte, comprometer a segurança da pessoa. O interesse pela produtividade, frequentemente, supera o interesse pela manutenção da segurança, pois as instituições adotam estratégias que exigem aos enfermeiros cuidar de mais pessoas, em situação de maior gravidade, em menos tempo, encurtando o tempo de internamento em serviços de reabilitação, transferindo os riscos para o domicílio, facilitando o aparecimento de erros ou eventos adversos.

Os erros em cuidados de saúde são definidos como enganos realizados no processo de cuidados e que resultam, ou têm potencial, para resultar em dano para a pessoa. Podem ser de comissão, quando se faz algo errado, de omissão quando não se faz a coisa certa ou de execução quando se faz a coisa certa de forma incorreta (Oliveira, 2007).

Os fatores de risco que poderão pôr em causa a segurança da pessoa, contribuindo para a ocorrência de eventos adversos, podem ser da pessoa<sup>16</sup>, situacionais<sup>17</sup> ou organizacionais<sup>18</sup> (Hoeman, 2011).

Para reduzir a probabilidade da ocorrência de um efeito adverso é fundamental criar barreiras de segurança, ou seja intervenções planeadas dirigidas à pessoa, ao cuidador ou à organização, para identificar fatores de risco e evitar ou minimizar o impacto do efeito adverso. Desta forma, primeiramente é fundamental identificar processos de alto risco, ou seja, atividades de cuidados de saúde que tenham probabilidade elevada de

---

<sup>16</sup> Exemplos de fatores de risco da pessoa são a idade, co morbilidades e limitações, sendo classificados como modificáveis ou não modificáveis, de acordo com a sua volatilidade às intervenções (Hoeman, 2011).

<sup>17</sup> Os fatores de risco situacionais consistem em caraterísticas pessoais e profissionais do enfermeiro, situações de interação entre a pessoa, profissional e meio (Hoeman, 2011).

<sup>18</sup> Os fatores de risco organizacionais estão relacionados com as caraterísticas do meio (incluindo o equipamento), a estrutura e política da organização, a gestão da informação, a formação e seleção do pessoal, podendo estar latentes durante um longo período de tempo até serem ativados pelo aparecimento de um erro (Hoeman, 2011).

erro, com ocorrência frequente, e que um erro cometido resulte em grave prejuízo para a pessoa<sup>19</sup> (Hoeman, 2011).

Na URR, a dificuldade na continuidade de cuidados (entre cuidadores e serviços) e processos de comunicação entre os vários elementos da equipa, entre o grupo profissional e com a pessoa/ família, referida no subcapítulo anterior, é o processo de alto risco mais frequente e, aparentemente, mais difícil de gerir, pela complexidade e dimensão da instituição. Em ECCI, o mais complexo é a transferência da responsabilidade dos cuidados para a pessoa, cuidador e/ou ajudantes domiciliárias.

Um exemplo concreto dos riscos inerentes à transferência da responsabilidade dos cuidados foi uma situação de prestação de cuidados de higiene à pessoa com ELA, totalmente dependente (sem controlo cervical nem postural, com plegia dos membros superiores e parésia dos membros inferiores) que tinha uma cadeira de higiene giratória, como produto de apoio para o banho, na banheira. Perante a condição de saúde desta pessoa, a utilização deste produto de apoio, constituía um risco elevado de queda.

Neste caso, foi fundamental alertar a cuidadora para os riscos observados, reforçando a necessidade de realizar a higiene no leito, por inexistência de condições seguras para levá-la à casa de banho. Por um lado, não tinha os produtos de apoio adequados, pois a cadeira de rodas e cadeira de higiene não tinham apoio da cabeça nem eram reclináveis, e o procedimento obrigava à transferência da pessoa duas vezes (da cama para a cadeira de rodas e, por conseguinte, para a cadeira giratória, fixa na banheira). Por outro, a presença de barreiras arquitetónicas, nomeadamente a inexistência de uma base de duche, sem desnível, e o espaço reduzido da casa de banho, que permitia a entrada da cadeira de rodas, mas não possibilitava a transferência em segurança para a banheira, quer para pessoa quer para os cuidadores, sujeitando-os à ocorrência de lesões músculo-esqueléticas. Embora a maior vontade da pessoa fosse ir tomar banho à casa de banho, as barreiras arquitetónicas e a falta de produtos adequados, comprometiam a sua segurança. Todavia, era sabido que o faziam.

---

<sup>19</sup> Alguns dos exemplos de processos de alto risco em enfermagem de reabilitação são: a monitorização da pessoa durante e após intervenções de alto risco; administração de terapêutica e vigilância dos efeitos da mesma; deteção e avaliação do risco de quedas, de úlcera de pressão, de delírio ou comportamento agressivo, entre outros; supervisão e monitorização da evolução clínica da pessoa; transferência da responsabilidade dos cuidados, entre cuidadores, serviços ou instituições; comunicação entre enfermeiros, enfermeiro e outro profissional da equipa multidisciplinar, entre enfermeiro e pessoa/ família (Hoeman, 2011).

Esta decisão da pessoa e família parece relacionar-se com questões ancoradas na dificuldade de aceitação do diagnóstico. Com conhecimento da doença, desde 2009, e integração na ECCI, desde 2012, tiveram a oportunidade de serem aconselhadas e realizar as adaptações necessárias à inevitabilidade da progressão das limitações inerentes à doença, contudo optaram por não o fazer, procurando a esperança da cura na medicina complementar e alternativa.

Um comportamento seguro, na prestação de cuidados demanda a adoção de várias atitudes como a eliminação erros (possíveis de anular através do uso de funções impostas), a redução do número de erros (através de funções de controlo ou protocolos), a sua deteção prévia ao prejuízo, o controlo dos erros para atenuar os eventos adversos, a análise dos incidentes e a aprendizagem inerente (Hoeman, 2011).

A análise dos erros permite reconhecer que os erros são inevitáveis. A criação de uma cultura de trabalho positiva que incentive a comunicação e análise da ocorrência, predominando sobre a ideia de punição, fomentando um ambiente de aprendizagem e planeamento é fundamental para evitar que o mesmo erro seja cometido por outros (Hoeman, 2011; Oliveira, 2007).

A prestação de cuidados de reabilitação à pessoa com DRC e/ou com limitações sensorio – motoras e de eliminação exigiu **a introdução de algumas adaptações necessárias às suas limitações**, na promoção do auto cuidado, assim como **a identificação de medidas que promovessem a segurança, a mobilidade, a acessibilidade e a participação social**, de acordo com as necessidades da pessoa e vontade.

Um exemplo concreto da otimização da participação social da pessoa foram as estratégias alternativas da comunicação mobilizadas para a pessoa com ELA, promovendo a inclusão da pessoa e até mesmo a liderança na tomada de decisão em assuntos familiares e de saúde. Detentora de uma disartria muito grave, com discurso impercetível, o piscar de olhos correspondia ao sim, o aceno ligeiro da cabeça ao não, sendo que a sua persistência e paciência, sincronismo com a mãe e existência de vários mediadores como a enfermeira e psicóloga da ECCI, nomeadamente na disponibilização de tecnologias de apoio à comunicação, foram cruciais para uma comunicação efetiva.

A disartria ocorre em mais de 80% das pessoas com ELA, ao longo da progressão da doença, sendo que a perda da fala é uma das mudanças mais profundas que a pessoa e a família experienciam. A disartria tem um impacto drástico na qualidade de vida das pessoas com ELA, e embora as pessoas sejam frequentemente encaminhadas para a terapia da fala, a utilização das tecnologias de apoio à comunicação têm um impacto muito mais positivo no humor e na qualidade de vida da pessoa, pelo que devem ser introduzidos precocemente (Körner, et al., 2013).

Perante a inevitável progressão da doença a utilização de uma Comunicação Alternativa e Aumentativa (CAA) poderá ser mais adequada e eficaz. Esta refere-se a qualquer modo de comunicação alternativo à fala, desde os gestos, piscar de olhos, quadros de comunicação com letras ou símbolos, a equipamentos avançados do mercado tecnológico e pretende proporcionar à pessoa a oportunidade de expressar o que gostaria de dizer verbalmente, melhorando a sua participação na família, e comunidade, e independência (Brownlee & Palovcakb, 2007). Alguns destes produtos fazem parte da lista de produtos de apoio homologada, em Portugal.

A seleção dos produtos de apoio necessários, de acordo com a condição de saúde da pessoa, e respetiva instrução, treino e supervisão de utilização, foram atividades frequentes para a adaptação da pessoa às suas limitações, e família.

Perante a diversidade atual dos produtos de apoio disponíveis, e respetiva indicação de utilização, verificou-se que é essencial uma avaliação muito dirigida na respetiva prescrição, aspeto explanado em jornal de aprendizagem (apêndice 3).

### 1.3. Domínio da Gestão dos Cuidados e Competências Específicas do EEER

As competências requeridas neste domínio, de acordo com a OE (2010a) são a capacidade de gerir os cuidados, otimizando a intervenção da equipa de enfermagem, e seus colaboradores, a articulação com a equipa multidisciplinar, e a adequação da liderança e os recursos às necessidades de cuidados, garantindo a qualidade dos cuidados. Considerando a intersecção deste domínio com as competências específicas do EEER, nomeadamente a de realizar atividades que contribuam para o desenvolvimento de capacidades, que promovam a otimização da funcionalidade (OE, 2010b.), irei descrever e analisar as atividades realizadas, que possibilitaram a concretização dos objetivos propostos, para o desenvolvimento das competências supracitadas e descritas no quadro 3.

Quadro 3 – Competências e Objetivos para o Domínio da Gestão de Cuidados e Competências Específicas do EEER

<b>Unidades de competência</b>
C1- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e articulação na equipa multiprofissional; J3 - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.
<b>Objetivos</b>
10. Participar na gestão dos cuidados de reabilitação, nos vários contextos de estágio, garantindo a segurança e qualidade das atividades delegadas; 11. Integrar programas de treino motor e CR, no dia-a-dia, dos doentes com DRC e/ou com limitações sensório – motoras e de eliminação;

Para **participar na gestão dos cuidados de reabilitação, nos vários contextos de estágio, garantindo a segurança e qualidade das atividades delegadas** foram programadas e concretizadas várias atividades, já descritas e analisadas anteriormente. Refiro-me ao desenvolvimento de ações de formação, formais ou informais, nos diferentes locais de estágio, à delegação de cuidados de enfermagem de reabilitação e respetiva supervisão e avaliação, e à participação no trabalho interdisciplinar. A gestão dos cuidados de reabilitação, e respetiva priorização, considerando as diferentes situações clínicas e as necessidades identificadas foi também uma atividade fundamental para o desenvolvimento deste objetivo.

Em UCI, a fragilidade da condição de saúde era frequentemente significativa, pela instabilidade respiratória e/ou instabilidade hemodinâmica, pelo que, várias vezes, a

nossa intervenção residia na realização de técnicas de descanso e relaxamento, exercícios de controlo da respiração e respiração diafragmática, para gestão da dispneia e otimização da ventilação, e ensino de tosse eficaz, recorrendo a técnicas como a tosse dirigida, *huffing* ou tosse manualmente assistida. Recorda-se o exemplo da nossa intervenção perante a pessoa com FQ, em UCI, a aguardar transplantação pulmonar. Embora a implementação de um programa de treino motor (TM) e cardiorrespiratório (CR) seja fundamental no período pré-operatório, a avaliação realizada no momento da nossa intervenção e explanada em jornal de aprendizagem (apêndice 5), ditou a prioridade de atuação na promoção de cuidados paliativos, através da gestão da dispneia, mecanismos de LVA e relaxamento.

**Para integrar programas de TM e CR, no dia-a-dia, dos doentes DRC e/ou com limitações sensório-motoras e de eliminação** foi fundamental a elaboração, implementação, avaliação e reformulação de programas de reabilitação personalizados, espelhados nos planos de cuidados realizados no período de estágio, assim como a instrução, prática, treino e validação com a pessoa, e por vezes cuidadores/família, de técnicas específicas de RFR e de RFM e dos produtos de apoio necessários.

Considerando que as mesmas técnicas de RFR podem ter mais do que um objetivo terapêutico (Cordeiro & Menoita, 2012) e ser indicadas para diferentes patologias respiratórias, opta-se por descrever apenas as realizadas mais frequentemente, promovendo o desenvolvimento gradual da destreza manual e segurança, enquanto futura EEER.

As técnicas de descanso e relaxamento e o controlo e dissociação dos tempos respiratórios, realizando a expiração com os lábios semi-cerrados, constituíram o início de todas as sessões de RFR. Seguidamente as técnicas e os exercícios respiratórios, de acordo com os objetivos pretendidos: reeducação diafragmática (porção anterior e posterior, hemicúpula direita e esquerda) e reeducação costal global e seletiva (com e sem bastão), com e sem resistência (manual ou incremento de peso); exercícios de desinsuflação, através do prolongamento da fase expiratória e utilização de faixa na região infracostal; técnicas de correção postural em frente ao espelho quadriculado, com abertura costal seletiva, com recurso a roldanas, espaldar; mecanismos de LVA, particularmente a drenagem postural modificada, com manobras acessórias (percussão,

vibração e compressão), CATR e tosse dirigida, manualmente assistida, tosse mecanicamente assistida e aspiração de secreções, através da naso e orofaringe ou traqueostomia.

A implementação de programas de treino de exercício, em ginásio, protocolado na URR (anexo 12), nomeadamente na pessoa com DPOC, para melhoria da tolerância ao esforço e redução dos sintomas de dispneia e fadiga (Cordeiro & Menoita, 2012), permitiu a realização de exercícios de aquecimento e alongamento, fortalecimento muscular dos membros superiores e inferiores com e sem carga, ciclo ergómetro, bicicleta e passadeira. E, ainda, a reeducação ao esforço na marcha, nas escadas e outras atividades de autocuidado, recorrendo ao ensino de técnicas de conservação de energia.

Outras atividades frequentes foram a instrução, prática, treino e validação com a pessoa, e por vezes cuidadores/família, acerca da correta administração e manutenção de terapêutica inalatória, OLD e utilização de dispositivos de ajuda.

Na URR, tive oportunidade de perceber que a introdução dos mesmos é muito ponderada pelo fator custo-benefício e disponibilidade de *stock*, sendo o flutter®, ou acapella®, os mais utilizados em RFR na pessoa com FQ ou DPOC, e o espirómetro de incentivo na pessoa com derrame pleural ou atelectasia. Outros dispositivos, para a administração de terapêutica inalatória, como MDI, DPI, nebulizadores e compressores, também são de utilização comum, assim como a OLD, em pessoas com DRC.

Nas pessoas com FQ, a administração dos fármacos com ação mucolítica e fluidificante, como a dornase alfa recombinante e/ou soro salino hipertónico, assim como a antibioterapia inalatória, exigem a utilização de sistemas de nebulização específicos. A administração de beta-2-agonistas e anticolinérgicos, assim como os corticosteroides inalados, podem ser administrados através de dispositivos mais simples (Direção Geral da Saúde, 2014).

Dada a atual e crescente multiplicidade de dispositivos de inalação e a complexidade da utilização dos sistemas de nebulização, é fundamental a instrução, treino, supervisão e validação da utilização dos fármacos, equipamentos e dispositivos de pressão expiratória positiva, para garantir a otimização da terapêutica e cuidados instituídos, não esquecendo a manutenção e desinfeção dos mesmos.



Em ECCI, os produtos de apoio utilizados regularmente, pelos cuidadores no âmbito da RFR, foram o Insuflador-exsuflador mecânico (Cought Assist®) e o aspirador de secreções. O In-exsuflador é um equipamento que permite uma terapia não invasiva que ajuda as pessoas, com incapacidade de tossir eficazmente, a eliminar as secreções brônquicas retidas. A sua utilização está indicada em pessoas com ELA, atrofia muscular espinal, distrofia muscular, lesões medulares, entre outras. Através da aplicação duma pressão positiva nas vias aéreas, seguida de uma mudança rápida para pressão negativa, produz um alto fluxo expiratório, simulando uma tosse técnica aproximada à tosse natural (Lopes, 2009).

No âmbito da RFM foi frequente a realização de várias técnicas e exercícios, nomeadamente o correto posicionamento e mobilizações passivas, ativas-assistidas e ativas dos vários segmentos corporais, de acordo com o compromisso da sua função, respeitando as limitações articulares existentes, para manutenção das limitações funcionais e estimulação sensorial, na pessoa com ELA e na adolescente com ADPM.

Para melhorar a força e minimizar a espasticidade instalada, na pessoa com AVC, a intervenção foi dirigida à realização das atividades terapêuticas, como as automobilizações, ponte, rolar e facilitação cruzada, o treino da motricidade fina, treino de equilíbrio estático e dinâmico (com a pessoa sentada e de pé), treino de levantar/transferência, treino da marcha controlada e treino de marcha com andarilho. Estas atividades contribuíram também para a capacitação em várias atividades de autocuidado, que estavam comprometidas, fomentando a funcionalidade da pessoa. Este aspeto é demonstrado no plano de cuidados realizado (Apêndice 10), tal como a importância e dificuldade na gestão da motivação e frustração da pessoa, ao longo do processo de reabilitação.

Na pessoa com FQ, de acordo com as orientações nacionais e internacionais, já mencionadas, é essencial o ensino e aconselhamento relativo à importância de um programa de RFR e de exercício físico, para além do cumprimento da terapêutica e regime alimentar. Efetivamente os tratamentos e cuidados respiratórios, inerentes à doença, são complexos e exigem o dispêndio de muito tempo.

A experiência de estágio e profissional permitiu verificar que os melhores exemplos de adesão terapêutica estiveram relacionados com o hábito, a rotinização e disciplina,

instituída desde a infância. A grande maioria das pessoas com FQ, observadas em ambulatório, adere apenas a um programa de RFR, em situação de agudização respiratória, referindo que não sentem necessidade de o fazer mais vezes, nem têm tempo suficiente, dando prioridade à medicação instituída (oral e inalatória).

A adesão às técnicas de RFR, nomeadamente aos mecanismos de LVA, e ao exercício físico regular é muito variável e é condicionada por vários fatores. Desta forma, o programa de RFR deve ser flexível e realista, adaptado às características e necessidades individuais, considerando a situação de estabilidade e agudização clínica da pessoa, a complexidade e tempo necessário para o cumprimento de todo o regime terapêutico (White, Stiller, & Haensel, 2007).

#### 1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Atentando que a demonstração do desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade, e de uma prática baseada em sólidos e válidos padrões de conhecimento constituem as competências deste domínio (OE, 2010a), irei descrever e analisar as atividades realizadas, que possibilitaram a concretização dos objetivos traçados, e o desenvolvimento das competências correlacionadas, descritas no quadro 4.

Quadro 4 – Competências e Objetivos para o Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

<b>Unidades de competência</b>
Competência D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade. Competência D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.
<b>Objetivos</b>
12. Desenvolver capacidades para o autoconhecimento, com o intuito de reconhecer fatores que possam interferir com as relações terapêuticas e profissionais estabelecidas; 13. Basear a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

A qualidade de autoconhecimento e assertividade, pode ser demonstrada, não só, através do conhecimento que se tem de si mesmo, enquanto pessoa e profissional, e suas influências no processo do cuidar, mas também através da capacidade de adaptabilidade face a situações disruptivas, prevendo ou resolvendo situações de conflito (OE, 2010a).

Quando comecei a minha formação em enfermagem, não tinha noção da complexidade e empenho que a profissão emana. Contudo identifiquei-me com o estar em enfermagem, abraçando, com facilidade, os princípios éticos da profissão, pela proximidade com a minha conduta. Para cuidar do outro é fundamental reconhecermos a nossa própria vulnerabilidade e simplicidade, contudo é também crucial ter espírito crítico, iniciativa, segurança e assertividade, na prestação de cuidados perante a pessoa e família, e perante a equipa multidisciplinar.

Ao longo do percurso formativo deparei-me com múltiplas dificuldades e obstáculos, mencionados ao longo deste relatório, que foram maioritariamente ultrapassadas. O recurso a uma postura centrada no autoconhecimento, iniciativa, frontalidade, adaptabilidade e resiliência foi fundamental, tal como a utilização de processos reflexivos, em contexto informal e formal, demonstrada nas reuniões periódicas com o enfermeiro(s) e docente orientadores, e na realização de vários jornais de aprendizagem, segundo o ciclo de Gibbs, citados ao longo do relatório.

Muitas das dificuldades mencionadas, ao longo do relatório, surgiram perante o questionamento inerente à prática, e outras foram insinuadas pelos orientadores (EEER e docente), aquando análise de trabalhos elaborados e desempenho em estágio. Sendo que a auto crítica foi constante, no sentido de procurar estratégias para otimizar a experiência de estágio, e por conseguinte o percurso formativo.

Ao longo deste percurso, a adoção de um quadro de referência em enfermagem foi crucial para nortear o raciocínio profissional e consolidar a aprendizagem. Desta forma, a concretização das várias etapas do processo de enfermagem aliada à análise crítica de situações clínicas e das experiências vividas, nomeadamente através da análise individual, esclarecimento de dúvidas com os orientadores (enfermeiro e docente) e análise dos planos de cuidados de reabilitação realizados, com o docente orientador, fomentaram a articulação dos saberes teóricos com a prática, requerendo o recurso aos vários saberes teóricos da enfermagem e outras disciplinas, e coadjuvaram na consolidação dos mesmos. O desenvolvimento das competências requeridas pela OE são demonstradas ao longo deste relatório e na apreciação dos orientadores (EEER e docente) nos estágios realizados (apêndice 14 e 15).

A prática reflexiva é fundamental para desenvolver uma prática de excelência pois permite a análise da acção, de forma fundamentada, projetando os aspetos a melhorar numa situação semelhante futura. Considero que consegui demonstrar que tenho capacidade de compreender de forma aprofundada o processo de cuidados à pessoa e família, na promoção do autocuidado, e de compreender os desafios que se colocam aos mesmos e à enfermagem.

## **2. AVALIAÇÃO DO PERCURSO FORMATIVO**

O projeto de formação elaborado, que constituiu o primeiro passo neste percurso, foi uma mais-valia não só por conter conteúdos científicos fundamentais para a abordagem do tema, mas também por ter sido uma ferramenta essencial, norteando não só os estágios mas também a elaboração deste relatório. Através da análise e reflexão aprofundada, sobre o percurso de desenvolvimento de competências do EEER, o relatório abrange uma dimensão descritiva, analítica e crítica, pretendendo espelhar a experiência pessoal e profissional vivida.

As maiores dificuldades sentidas prenderam-se com questões inerentes à integração e adaptação aos vários locais de estágio. Contudo, o interesse e a determinação na aprendizagem, assim como, a disponibilidade e empenho do docente orientador, foram essenciais na adoção de estratégias resolutivas.

A expectativa das oportunidades de intervenção, na URR, enquanto futura EEER, na promoção do autocuidado da pessoa com FQ, e família, era elevada. E, embora não tenha sido correspondida, por diversos fatores condicionantes explicitados ao longo do capítulo anterior, considera-se que as oportunidades obtidas foram proveitosas para várias aprendizagens analisadas, que fomentaram o desenvolvimento de conhecimento, habilidades técnicas e capacidade na tomada de decisão.

Relembrando as questões iniciais do projeto: “Qual a minha intervenção enquanto futura EEER, no controlo dos sintomas nefastos e promoção do autocuidado, à pessoa, com FQ, e família? Que competências são mandatárias desenvolver para cuidar desta pessoa e sua família?” – Considero que o percurso formativo analisado neste relatório permite resumir que o EEER deverá ser um profissional de referência, detentor de um corpo de conhecimentos científicos e habilidades técnicas que possibilitem o suporte, aconselhamento e educação, ao longo do ciclo de vida, da pessoa com FQ e família, ajudando-os a lidar com os desafios inerentes às várias fases de desenvolvimento e morbilidades inerentes às complicações multissistémicas, nomeadamente à progressão da doença pulmonar.

Pela proximidade que o EEER poderá assumir na prestação de cuidados, desde o momento do diagnóstico à morte, tem o dever de ajudar a pessoa e família a alcançarem

o máximo potencial de saúde, a prevenir as complicações e maximizar o seu bem-estar, através de várias ações como o esclarecimento de dúvidas e aconselhamento, na implementação e gestão do regime terapêutico, na sua rotina diária; instrução, orientação, treino e negociação, na promoção do autocuidado, nomeadamente acerca das técnicas RFR, exercício físico regular, inaloterapia e utilização de produtos de apoio; educação da pessoa e cuidadores, podendo incluir os professores ou outros profissionais; e, em situação de doença avançada, gerir os desejos individuais acerca da decisão de transplantação pulmonar, e respetiva preparação, incluindo a prestação de cuidados paliativos, nomeadamente na gestão da dispneia e promoção de conforto.

Considerando a complexidade da doença, que é crónica e progressiva, e o seu impacto no dia-a-dia, é fundamental a elaboração e discussão regular de um plano de reabilitação, em equipa multidisciplinar, que inclua os desejos e a vontade da pessoa.

A avaliação de adesão terapêutica e a identificação dos fatores que a influenciam, na pessoa com FQ, em Portugal, parecem ser questões primordiais para a eficiência da intervenção do EEER. Neste sentido, seria vantajoso a realização de estudos da área da especialidade, que concretizassem a adesão da pessoa com FQ, particularmente aos mecanismos de LVA e exercício físico regular, clarificando quais os elementos facilitadores e condicionantes, e identificando as estratégias adotadas para a otimização da sua condição de saúde.

Para além da prestação de cuidados à pessoa com FQ, a URR permitiu o desenvolvimento de várias competências na intervenção do EEER na pessoa com DRC e aguda, considerando-se que a nossa intervenção, no seio das equipas multidisciplinares deve ser conquistada e defendida com firmeza. Neste contexto, houve algumas dificuldades na assunção de uma nova identidade profissional, não só pela insegurança nos vários saberes (saber, saber fazer e saber ser), mas também pela dinâmica de funcionamento e diversidade das equipas de saúde intervenientes no cuidar.

Na gestão dos cuidados de reabilitação e na integração de programas de treino motor e CR, no dia-a-dia das pessoas, foram identificados vários fatores dificultadores relevantes. Mais uma vez temos de considerar a dimensão e a diversidade de serviços de internamento a quem a URR presta apoio, assim como a inexistência de uma metodologia de organização de trabalho, como a atribuição de um EEER de referência

para cada serviço, com rácio adequado para integrar as equipas, em momentos chave como as reuniões clínicas, para discussão do plano de reabilitação.

Parecem haver vantagens consideráveis se o EEER fizer parte integrante da equipa de um serviço ou unidade. Neste caso, poderá definir um programa de exercícios e gerir a sua aplicação ou intervenção de acordo com as prioridades, face ao estado de saúde das várias pessoas, alvo dos seus cuidados, e ao longo de um turno e do tempo de internamento, integrando-os nas atividades de autocuidado, respeitando a vontade da pessoa e a dinâmica da equipa de saúde, considerando as suas ações autónomas e interdependentes. Atendendo à dinâmica da equipa integrada isto não foi possível concretizar, tendo o acompanhamento da pessoa sido irregular e sentidas dificuldades em incorporar a nossa intervenção nas atividades de autocuidado da pessoa.

Apesar dos condicionalismos mencionados, a prestação de cuidados de ER, foi bastante gratificante perante a pessoa e família, pela satisfação e resultados verificados, constituindo forças motivadoras do percurso formativo, tal como a disponibilidade dos orientadores (EEER e docente), na orientação e partilha de saberes, e compreensão perante as limitações verificadas na aprendizagem.

O estágio no SRP proporcionou-me a experiência de analisar a complexidade da intervenção do EEER perante a criança ou jovem, e sua família, com limitações essencialmente sensoriomotoras e de eliminação, incluindo a prescrição e utilização de produtos necessários, para assegurar uma mobilidade funcional nas atividades de autocuidado. Adotando a filosofia dos cuidados centrados na família, a atuação do EEER, como elemento integrante de uma equipa multidisciplinar, é fundamental na maximização da funcionalidade da criança ou jovem, e capacitação dos pais.

Esta análise particular conduziu ao alerta de que a impulsividade de substituir a pessoa e/ou cuidador é um obstáculo à promoção do auto cuidado e da funcionalidade da mesma. Desta forma, a capacidade de antecipar as necessidades do outro, deve ser usada na facilitação ou promoção das condições ideais, ou possíveis, para a intervenção do próprio ou cuidador, encorajando-os no auto cuidado.

A ECCI possibilitou a oportunidade de estabelecer uma intervenção diferenciada com a pessoa em situação de dependência (em idade pediátrica, adulto e idoso), a

família, e o meio envolvente, na promoção da autonomia, funcionalidade e participação social. Baseada num modelo holístico, a prestação de cuidados incitou a compreensão da estrutura organizacional complexa da unidade de saúde, favorecendo a tomada de decisão futura, na articulação dos serviços disponíveis, na comunidade. E, embora não previsto inicialmente, possibilitou a colaboração em programas de melhoria da qualidade, nomeadamente na implementação do PII e no plano de formação.

Perante a descrição e análise das atividades desenvolvidas, ao longo de todo o percurso formativo, poder-se-á dizer que os estágios permitiram não só capacitar a pessoa com limitações, mas também o seu cuidador, na promoção do autocuidado. Sendo que, os ensinamentos realizados e o reforço dos mesmos foram atividades fulcrais. Para que não fossem sentidos como uma intrusão foi requisito a demonstração de qualidades comunicacionais, que gradualmente garantiram a segurança no agir, a coerência da comunicação verbal e não-verbal, e a assertividade, ajudando na gestão das expectativas e resultados inerentes ao processo de reabilitação.

Em suma, considera-se que foi possível aprofundar e mobilizar um conjunto de conhecimentos, habilidades e capacidades, em contexto de estágio, que permitiram cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os níveis de prevenção, fomentando o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEER preconizadas pela OE. Contudo, embora tenha sido possível desenvolver competências na prestação de cuidados à pessoa com FQ, na área da RFR, e na área da RFM à pessoa com limitações sensório – motoras, promovendo o autocuidado, não se verificou oportunidade para desenvolver competências na intervenção à pessoa com limitações na eliminação e sexualidade.



### **3. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O percurso de formação vivido não foi fácil, não só pela intensidade da experiência vivida, mas também pela difícil gestão dos vários pilares da vida, nomeadamente família, profissão e formação. Contudo considera-se que pela análise feita, que pretende sintetizar os aspetos mais relevantes, foi bem-sucedido pelas aprendizagens que proporcionou na aplicação do processo de enfermagem e processo reflexivo inerente.

Tal como mencionado anteriormente, sendo enfermeira, numa unidade que integra um CEFQ, continuarei a ter a oportunidade de acompanhar crianças e jovens com FQ, em múltiplas circunstâncias, desde o momento do diagnóstico, agudização, preparação para alta, transição para o serviço de adultos e em situação avançada de doença, que pode implicar a preparação para transplantação pulmonar ou morte.

Desta forma, constata-se uma vasta área de oportunidade de atuação, não só nesta área específica mas também no acompanhamento de crianças e jovens com DRC e aguda, doenças neuromusculares e outras que determinam limitações sensório-motoras e de eliminação, por vezes, dependentes de tecnologia, e seus cuidadores.

Todavia a circunstância atual, das condições de trabalho, ditam a confrontação com múltiplas dificuldades no exercício da especialidade, que se prendem não só com a escassez de recursos humanos e materiais, mas também com o reconhecimento da nossa intervenção.

Acredito que o caminho percorrido concedeu múltiplas ferramentas que ajudarão a dar continuidade à minha formação no âmbito da especialidade, em geral, e desenvolver competências na área da reabilitação pediátrica, com a missão de contribuir para a dignificação e reconhecimento da ER.

## BIBLIOGRAFIA

- Beekman, J., Sermet-Gaudelus, I., Boeckx, K., Gonskad, T., Derichse, N., Mallf, M., . . . Amaral, M. (Julho de 2014). *Journal of Cystic Fibrosis*, pp. 363–372.
- Cardim, P. (setembro/outubro de 2012). *Fibrose Quística - Centro Especializado no Tratamento da Fibrose Quística*. Obtido em 17 de junho de 2014, de news@fmul: <http://news.fm.ul.pt/Content.aspx?tabid=92&mid=700&cid=2119>
- Chang, E., & Johnson, A. (2014). *Chronic Illness & Disability - principles for nursing practice*. (2ª ed.). Australia: Elsevier Australia.
- Conway, S., Balfour-Lynn, I. M., De Rijcke, K., Drevinek, P., Foweraker, J., Havermans, T., . . . Lindblad, A. (2014). European Cystic Fibrosis Society Standards of Care: Framework for the Cystic Fibrosis Centre. *Journal of Cystic Fibrosis*, 13, pp. S3–S22.
- Cordeiro, M. d., & Menoita, E. (2012). *Manual das Boas Práticas na Reabilitação Respiratória. Conceitos, Princípios e Técnicas*. Loures: Lusociência.
- Decreto-Lei nº 93/2009 de 16 de Abril (2009). Define as bases gerais do Sistema para a Atribuição de Produtos de Apoio. Diário da República, I série. Nº74 (16-04-2009) 5232-5236. Acedido em 25/01/14. Disponível em <http://www.inr.pt/content/1/633/enquadramento-legal>
- Despacho n.º 14278/2014. Lista de produtos de apoio. Diário da República, II série. N.º 229 (26-11-14) 29643-29654. Acedido em 25/01/14. Disponível em <http://www.inr.pt/content/1/633/enquadramento-legal>
- Direção Geral da Saúde. (10 de janeiro de 2014). *Tratamento e Seguimento da Fibrose Quística*. Obtido em 16 de maio de 2014, de Web site da Direção-Geral da Saúde: <http://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-as-doencas-respiratorias/publicacoes.aspx>
- Domiciliários, C. N. (03 de 12 de 2010). *Cuidados de Saúde Respiratórios Domiciliários*. Obtido de Web site de Portal da Saúde: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/publicacoes/estudos/cuidados+respiratorios.htm>
- Edwards, S. (2004). *Fisioterapia Neurológica* ( 2.ª Edição ed.). Loures: Lusociência.
- Fitzgerald, D. A. (1 de março de 2014). Increased daily activity in cystic fibrosis: time to break out the prescription pad? *European Respiratory Journal*, 43 (3), pp. 675-677.

- Flume, P., Robinson, K., O'Sullivan, B., Finder, J., Vender, R., Willey-Courand, D.-B., & Marshall, B. (Abril de 2009). Cystic Fibrosis Pulmonary Guidelines: Airway Clearance Therapies. *RESPIRATORY CARE*, 54( 4): 522 - 527, 4, pp. 522 - 527.
- Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação. Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente, 9.ª edição*. Loures: Lusociência.
- Hoeman, S. P. (2011). *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados*. Loures: Lusodidacta.
- Kerem, E., Conway, S., Elborn, S., & Heijerman, H. (2005). Standards of care for patients with cystic fibrosis: a European consensus. *Journal of Cystic Fibrosis*, 4, pp. 7-26.
- Lester , M. K., & Flume, P. A. (junho de 2009). Airway-clearance therapy guidelines and implementation. *Respiratory Care*, 54 (6), pp. 733-753.
- Lopes, F. J. (13 de junho de 2009). *Cough Assist (Insuflador-Exsuflador Mecânico)*. Obtido em 28 de julho de 2015, de Web site de Portal de Codificação e dos GDH: [http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Cough\\_Assist%C2%AE\\_%28Insuflador-Exsuflador\\_Mec%C3%A2nico%29](http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Cough_Assist%C2%AE_%28Insuflador-Exsuflador_Mec%C3%A2nico%29)
- Marcão, A. (novembro de 2014). *DGH - Apresentações orais em encontros internacionais*. Obtido de Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP: <http://hdl.handle.net/10400.18/2737>
- Menoita, E. C., Sousa, L. M., Alvo, I. B., & Vieira, C. M. (2014). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.
- Nolibí, R., Duff, A. J., Ullrich, G., Smrekar, U., Havermans, T., Bryon, M., & Malmborg, M. S. (2011). Guiding principles on how to manage relevant psychological aspects within a CF team: Interdisciplinary approaches. *Journal of Cystic Fibrosis*, 10, pp. 45-52.
- Oliveira, J. (fevereiro de 2007). Intervenções da Ordem dos Enfermeiros para a segurança dos cuidados - Perspectiva do Conselho Diretivo. *Ordem dos Enfermeiros*, 24, pp. 13-17.
- Ordem dos Enfermeiros (13 de novembro de 2007). *Documentos Oficiais. Sistemas de Informação em enfermagem* . Obtido de Web site da Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Paginas/SIE.aspx>

- Ordem dos Enfermeiros (22 de outubro de 2011). *MCEE de Reabilitação - O seu Colégio*. Obtido de Web site da Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Paginas/MCEEdeReabilitacao-OseuColegio.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros (agosto de 2012). *Publicações. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Obtido de Web site da Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Paginas/default.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros. (18 de 09 de 2010). *Legislação da OE - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Obtido em 10 de 06 de 2014, de Web site da Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx>
- Orem, D. E. (2001). *NURSING: Concepts of practice*. (6.<sup>a</sup> ed.). St. Louis, Missouri: Mosby.
- Osman, L. P., Roughton, M., Hodson, M. E., & Pryor, J. A. (2010). Short-term comparative study of high frequency chest wall oscillation and European airway clearance techniques in patients with cystic fibrosis. *Thorax*, 65 (3), pp. 196-200.
- Pearson, A., & Vaughan, B. (1986). *Modelos para o Exercício de Enfermagem*. Lisboa: ACEPS.
- Pereira, L., Azevedo, P., Cavaco, J., Felix, M., Gamboa, F., Amorim, A., . . . Barreto, C. (30 de junho de 2013). Obtido de European Respiratory Society: [http://www.ersnet.org/learning\\_resources\\_player/abstract\\_print\\_13/main\\_frameset.htm](http://www.ersnet.org/learning_resources_player/abstract_print_13/main_frameset.htm)
- Saúde, D. G. (12 de 02 de 2013). *Programa Nacional para as doenças respiratórias. Publicações*. Obtido de Web site da DGS: <http://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-as-doencas-respiratorias/publicacoes.aspx>
- Saúde, D. G. (18 de 12 de 2013). *Programa Nacional para as doenças respiratórias. Publicações*. Obtido de Web site da Direção Geral da Saúde: <http://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-as-doencas-respiratorias/publicacoes.aspx>
- Smyth, A., Bell, S., Bojcin, S., Bryon, M., Duff, A., & Flume, P. (2014). European Cystic Fibrosis Society Standards of Care: Best Practice Guidelines. *Journal of Cystic Fibrosis*, pp. S23-S42.
- Spruit, M., Singh, S., Garvey, C., ZuWallack, R., Nici, L., & Rochester, C. (15 de outubro de 2013). Obtido de [www.atsjournals.org](http://www.atsjournals.org): <http://www.atsjournals.org/doi/abs/10.1164/rccm.201309-1634ST#.VRIVw-EYERI>

**ANEXOS**

## **ANEXO 1**

Folhas de registo de enfermagem da URR (internamento e ambulatório)

## IDENTIFICAÇÃO DOENTE

Diagnóstico Clínico \_\_\_\_\_

Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação \_\_\_\_\_

Limitações ao Programa Reabilitação Respiratória: \_\_\_\_\_

[illegible]





Nome:			
Idade:	Diagnóstico:	Nº Processo:	
Reeducação Funcional Respiratória		REGISTO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA	
Limitações aos exercícios:		Data	
Aerosoloterapia:	Combivent      Flumicil      Atrovent      Atmosfera Húmida		
Oxigenoterapia (L/m)			
Saturação O <sub>2</sub> inicial		Saturação O <sub>2</sub> final	
Frequência cardíaca inicial		Frequência cardíaca final	
Posição de descanso e relaxamento		Consciencialização e controlo da respiração	
Reeducação Abdomino- diafragmática	Posterior c/ resistência	s/ resistência	
	Anterior c/ resistência	s/ resistência	
	Selectiva- Hemicúpula esquerda		
	Selectiva- Hemicúpula direita		
	Global		
Reeducação Costal	Global com bastão	Global sem bastão	
	Selectivo esq. com abdução MS		
	Antero-lateral esq. c/ resistência	s/ resistência	
	Postero lateral esq. c/ resistência	s/ resistência	
	Selectivo dto. com abdução MS		
	Antero-lateral dto. c/ resistência	s/ resistência	
	Postero lateral dto. c/ resistência	s/ resistência	
Manobras acessórias:		Percussões      Vibrações      Compressões	
Drenagem Postural	Lobo Superior	S. Apicais (Sentado)	
		S. Anterior (DD+ almofada na popliteia)	
		S. Posterior esq. (SVD, elevação tronco a 30 cm)	
		S. Posterior dto. (SVE)	
	Lobo Médio/ Lingula	L. Médio (SDE+ pés elevados a 35 cm)	
		Lingula (SDD+ pés elevados a 35 cm)	
	Lobo Inferior	S. Anteriores (DD+ almofada popliteia+ pés elevados a 45 cm)	
		S. Int. dto. e Ext. esq. (LD+ pés elevados a 45 cm)	
		S. Externo dto. (LE+ pés elevados a 45 cm)	
		S. Apicais (DV+ almofadas: abdômen e pés)	
	S. Posterior (DV+ almofada abdômen+ pés elevados a 45 cm)		
CATR ( RA - ER - HUFF - TEF )			
Tosse	Dirigida; Assistida; C/ Contenção		
	Eficaz; Ineficaz; Aspiração de Secreções		
Secreções	Quantidade - Abundantes; Moderadas; Escassas		
	Viscosidade - Fluidas; Espessas		
	Características	Mucosas; Muco-Purulentas; Purulentas; Amareladas; Hemáticas; Rosadas	
Assinatura			



## **ANEXO 2**

Registo do Ensino da Terapêutica Inalatória

IC

IDENTIFICAÇÃO DOENTE

**Registo do Ensino da Terapêutica Inalatória**

Processo: \_\_\_\_\_

Terapêutica inalatória actual:

Data				
Nome inalador				
Dose				
Horários de administração				
Administra o número de puff's prescrito				
Cumpe os horários prescritos para administração				
Lava a boca após fazer o inalador (se corticóide)				

**Check List**

Data				
Administra os inaladores pela ordem correcta	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
Prepara correctamente a dose para inalar	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
No caso de MDI: - Aquece	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
- Agita	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____

Data				
Coloca o inalador na posição correcta: - Se for <b>MDI</b> , em posição em L	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____
- Se for <b>DPI</b> em posição horizontal	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____
Realiza uma expiração lenta antes de activar o inalador	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____
Coloca os lábios bem fechados à volta do aplicador	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____
Realiza pausa inspiratória de pelo menos 10 seg. após a administração do inalador	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____
Realiza pausa de 30 a 60 seg. entre cada puff (caso necessite de fazer mais do que uma inalação)	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____
<b>Se utiliza câmara expansora:</b> - Adapta correctamente o inalador à câmara expansora	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____
- Adapta correctamente a máscara à face e nariz	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____
- Efectua a lavagem da câmara 1x mês	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____
- Desmonta todas as peças para efectuar a lavagem	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ _____



### **ANEXO 3**

Escala de *Borg* modificada

## Avaliação de Dispneia e Cansaço

IDENTIFICAÇÃO DOENTE

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Processo IOLD: \_\_\_\_\_

### Escala de BORG Modificada

DISPNEIA			CANSAÇO		
	0	Absolutamente nada	0		
	0,5	Pouquíssima, quase nada	0,5		
	1	Muito pouca	1		
	2	Pouca	2		
	3	Média, regular	3		
	4	Um pouco forte	4		
	5	Forte	5		
	6		6		
	7	Muito forte	7		
	8		8		
	9	Fortíssima	9		
	10	Máxima	10		



## **ANEXO 4**

*The St George's Hospital Respiratory Questionnaire*

## Avaliação da Qualidade de Vida

IDENTIFICAÇÃO DOENTE
----------------------

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Processo OLD: \_\_\_\_\_

## The St George's Hospital Respiratory Questionnaire

Autor: Paul W. Jones

Este inquérito ajuda-nos a compreender até que ponto a sua dificuldade respiratória o perturba e afecta a sua vida. Usamo-lo para descobrir quais os aspectos da sua doença que maior problema lhe causam. Interessa-nos saber o que sente e não o que os médicos acham que você sente.

Leia atentamente as instruções. Esclareça as dúvidas que tiver.

Não perca demasiado tempo nas suas respostas.

- Como descreve o seu estado de saúde:
- |                 |                          |
|-----------------|--------------------------|
| Muito bom ..... | <input type="checkbox"/> |
| Bom .....       | <input type="checkbox"/> |
| Moderado .....  | <input type="checkbox"/> |
| Mau .....       | <input type="checkbox"/> |
| Muito Mau ..... | <input type="checkbox"/> |

## Parte 1

Perguntas sobre os seus problemas respiratórios no último ano (últimos 3 meses)

Assinale **um só quadrado** para cada pergunta.

	Muitos dias na semana (5-7 dias)	Vários dias na semana (2-4 dias)	Alguns dias no mês	Só com infecções respiratórias	Nunca
1. Durante o último ano tossi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Durante o último ano tive expectoração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Durante o último ano tive falta de ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Durante o último ano tive crises de pieira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Durante o último ano, quantas crises graves de problemas respiratórios teve:

- Mais de 3 crises ..... ☐
- 3 crises ..... ☐
- 2 crises ..... ☐
- 1 crise ..... ☐
- Nenhuma crise ..... ☐

O que é uma crise grave para si?

---



---



---

Continue a assinalar um só quadrado para cada pergunta

6. Quanto tempo durou a pior das crises? (passe para a pergunta 7 se não teve crises graves)

- 1 semana ou mais ..... ☐
- 3 ou mais dias ..... ☐
- 1 ou 2 dias ..... ☐
- menos de 1 dia ..... ☐

7. Durante o último ano, quantos **dias bons** (com problemas respiratórios ligeiros) teve, em média, por semana:

- Nenhum dia ..... ☐
- 1 ou 2 dias ..... ☐
- 3 ou 4 dias ..... ☐
- Quase todos os dias ..... ☐
- Todos os dias ..... ☐

8. No caso de ter tido pieira, ela é pior de manhã:

- Não ..... ☐
- Sim ..... ☐

## Parte 2

### Secção 1: Assinale um só quadrado para descrever a sua doença respiratória

- É o meu maior problema ..... ☐
- Causa-me muitos problemas ..... ☐
- Causa-me alguns problemas ..... ☐
- Não me causa nenhum problema ..... ☐

Se estiver actualmente de baixa assinale uma das perguntas

- A minha doença respiratória obrigou-me a parar de trabalhar..... ☐
- A minha doença respiratória interfere com o meu trabalho normal ou já me obrigou a mudar de trabalho ..... ☐
- A minha doença respiratória não afecta o meu trabalho..... ☐

### Secção 2: Indique todos os quadrados relativos a actividades que actualmente lhe provocam falta de ar

- Quando estou sentado ou deitado ..... Sim ☐ Não ☐
- A tomar banho ou a vestir-me ..... Sim ☐ Não ☐
- A caminhar dentro de casa ..... Sim ☐ Não ☐
- A caminhar em terreno plano ..... Sim ☐ Não ☐
- A subir um lanço de escadas ..... Sim ☐ Não ☐
- A subir ladeiras ..... Sim ☐ Não ☐
- A praticar desportos ou jogos que impliquem esforço físico ..... Sim ☐ Não ☐

### Secção 3: Mais algumas perguntas sobre a sua tosse e falta de ar. Assinale todas as perguntas que se aplicam a si actualmente

- 1. A minha tosse causa-me dor ..... Sim ☐ Não ☐
- 2. A minha tosse deixa-me cansado ..... Sim ☐ Não ☐
- 3. Falta-me o ar quando falo ..... Sim ☐ Não ☐
- 4. Falta-me o ar quando me inclino para a frente ..... Sim ☐ Não ☐
- 5. A minha tosse ou a falta de ar perturba o meu sono ..... Sim ☐ Não ☐
- 6. Fico exausto com facilidade ..... Sim ☐ Não ☐

**Secção 4:** Indique todos os efeitos que a doença respiratória tem sobre si

1. A minha tosse ou a falta de ar causa-me problemas em público..... Sim ☐ Não ☐
2. A minha doença respiratória é um incómodo para a minha família, amigos ou vizinhos..... Sim ☐ Não ☐
3. Tenho medo ou mesmo pânico quando não consigo respirar\* ..... Sim ☐ Não ☐
4. Sinto que não controlo a minha doença respiratória..... Sim ☐ Não ☐
5. Não espero melhoras da minha doença respiratória ..... Sim ☐ Não ☐
6. A minha doença tornou-me diminuído ou inválido (física ou mentalmente) ..... Sim ☐ Não ☐
7. Parece-me perigoso fazer exercício ..... Sim ☐ Não ☐
8. Tudo o que faço, me exige um esforço para além das minhas capacidades .. Sim ☐ Não ☐

**Secção 5:** Assinale todas as perguntas sobre a medicação para a sua doença respiratória (passe para a Secção 6 se não toma medicamentos)

- A minha medicação não me está a ajudar muito ..... Sim ☐ Não ☐
- Embaraça-me tomar os medicamentos em público ..... Sim ☐ Não ☐
- A medicação provoca-me efeitos secundários desagradáveis ..... Sim ☐ Não ☐
- A minha medicação interfere muito com o meu dia-a-dia ..... Sim ☐ Não ☐

**Secção 6:** As perguntas seguintes referem-se a actividades que podem ser afectadas pela sua respiração. Assinale todas as perguntas que se aplicam a si

- Levo muito tempo a lavar-me ou a vestir-me..... Sim ☐ Não ☐
- Demoro muito tempo ou sou mesmo incapaz de tomar banho ou um duche .. Sim ☐ Não ☐
- Ando mais devagar que as outras pessoas, ou então tenho de parar para descansar ..... Sim ☐ Não ☐
- Demoro muito tempo com as tarefas como o trabalho de casa, ou então tenho de parar para descansar ..... Sim ☐ Não ☐
- Quando subo um lance de escadas, ou vou muito devagar, ou então tenho de parar para descansar ..... Sim ☐ Não ☐
- Se estou apressado ou caminho mais depressa, tenho de parar ou diminuir o passo ..... Sim ☐ Não ☐

- Por causa da minha respiração, tenho dificuldade em fazer coisas como: subir ladeiras, carregar pesos quando subo escadas, jardinagem leve, arrancar ervas, dançar, jogar bowling ou golfe..... Sim ☐ Não ☐
- Por causa da minha respiração, tenho dificuldade em fazer coisas como: carregar grandes pesos, cavar o jardim ou limpar a neve, andar a 8 quilómetros/hora, jogar ténis ou nadar ..... Sim ☐ Não ☐
- Por causa da minha respiração, tenho dificuldade em fazer coisas como: trabalho manual pesado, correr, andar de bicicleta, nadar com velocidade, ou praticar desportos de competição..... Sim ☐ Não ☐

**Secção 7:** As perguntas seguintes referem-se ainda a actividades que podem ser **afectadas pela sua doença respiratória**

Assinale todas as perguntas que se aplicam a si

- Não sou capaz de praticar desportos ou jogos que impliquem esforço físico.. Sim ☐ Não ☐
- Não sou capaz de sair de casa para me divertir..... Sim ☐ Não ☐
- Não sou capaz de sair de casa para fazer compras..... Sim ☐ Não ☐
- Não sou capaz de fazer o trabalho da casa ..... Sim ☐ Não ☐
- Não sou capaz de sair da cama ou da cadeira..... Sim ☐ Não ☐

Segue-se uma lista de outras actividades que provavelmente a sua doença respiratória o impede de fazer. **(Não é obrigatório responder. Pretende-se apenas lembrá-lo de actividades que podem ser afectadas pela sua falta de ar).**

- Dar passeios a pé ou passear o cão
- Fazer o trabalho doméstico ou jardinagem
- Ter relações sexuais
- Ir á igreja, ou ir a locais de diversão
- Sair com mau tempo ou permanecer em locais com fumo
- Visitar a família e os amigos ou brincar com as crianças

Escreva outras actividades importantes que tenha deixado de fazer devido à sua doença respiratória

---

---

---

---

---

---

Assinale o quadrado (**só um**) que melhor define a forma como é afectado pela sua doença respiratória.

A minha doença respiratória...

- ☐ Não me impede de fazer nenhuma das coisas que eu gostaria de fazer .....
- ☐ Impede-me de fazer uma ou duas coisas que eu gostaria de fazer .....
- ☐ Impede-me de fazer muitas das coisas que eu gostaria de fazer .....
- ☐ Impede-me de fazer tudo o que eu gostaria de fazer.....

## **ANEXO 5**

Índice de *Barthel*



**Escala de Barthel e instruções**

<b>1. Alimentação</b>	
Independente .....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos) .....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>2. Transferências</b>	
Independente .....	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda .....	<input type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se .....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>3. Toilete</b>	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes .....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>4. Utilização do WC</b>	
Independente .....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda .....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>5. Banho</b>	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda) .....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>6. Mobilidade</b>	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) .....	<input type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda .....	<input type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas .....	<input type="checkbox"/> 5
Imóvel .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>7. Subir e Descer Escadas</b>	
Independente, com ou sem ajudas técnicas .....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda .....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>8. Vestir</b>	
Independente .....	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda .....	<input type="checkbox"/> 5
Impossível .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>9. Controlo Intestinal</b>	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar .....	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional .....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>10. Controlo Urinário</b>	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho .....	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana) .....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>TOTAL</b>	

#### Escala de Barthel – Instruções

##### GERAIS

O índice deverá ser usado como um registo do que o doente faz, **NÃO** como um registo do que o doente poderia fazer. O principal objectivo é determinar o grau de independência sem qualquer ajuda, física ou verbal, por mínima e qualquer razão que seja.

A necessidade de supervisão implica a classificação de **NÃO** independente.

As performances do doente deverão ser estabelecidas segundo a melhor prova disponível. A fonte habitual será o inquérito ao doente, amigos/ familiares e enfermeiros, mas também são importantes a observação directa e o senso comum. No entanto, comprovação directa não é necessária.

Geralmente é importante a performance das últimas 24-48 horas\*, mas ocasionalmente períodos mais longos serão apropriados.

Os doentes inconscientes deverão ter a cotação de "0" em todos os itens, mesmo se ainda não incontinentes.

Os níveis médios implicam que o doente faça mais de 50% do esforço.

Para ser independente, é permitido o uso de auxiliares e ajudas técnicas.

##### ESPECÍFICAS

###### Intestino (semana anterior)

Se necessita que lhe seja aplicado um dister, então "incontinente" \*.

Ocasional \* = uma vez por semana.

###### Bexiga (semana anterior)

Ocasional = menos de uma vez por dia.

O doente algaliado que consegue utilizar autonomamente a sonda, é registado como "continente".

###### Higiene Pessoal (últimas 24 – 48 horas)

Refere-se: lavar os dentes, colocar prótese dentária, pentear-se, barbear-se, lavar a cara. Os acessórios de higiene podem ser fornecidos por terceiro.

###### Alimentação

Capaz de comer qualquer tipo de comida (e não só comida pastosa\*). Comida cozinhada e servida por outros, mas não cortada.

Ajuda = comida cortada, o doente come sozinho\*.

###### Transferências

Da cama para a cadeira e vice-versa.

Dependente – SEM equilíbrio sentado (incapaz de se sentar): duas pessoas para o levantar.

Ajuda maior = Uma pessoa forte/ experiente, ou duas pessoas normais. Consegue levantar-se.

Ajuda menor = Uma pessoa com facilidade, OU necessita de supervisão para segurança.

###### Mobilidade

Refere-se à mobilidade perto da casa ou no bairro e dentro de casa. Pode usar auxiliar de marcha de qualquer tipo. Se em cadeira de rodas, tem que ser capaz de ultrapassar portas/ esquinas sem auxílio de terceiro.

Ajuda = Por uma pessoa, não treinada, incluindo apoio moral/supervisão.

###### Vestir

Deve ser capaz de escolher e vestir toda a roupa, que pode ser adaptada.

Ajuda = auxílio nos botões, fecho de correr, etc. (verifique!), mas consegue vestir algumas peças sozinho\*

###### Escadas

Pode usar qualquer tipo de auxiliares de marcha para ser independente.

###### Banho

Geralmente, a atividade mais difícil.

Tem que entrar e sair sem supervisão e lavar-se autonomamente.

Independente no duche = "independente" se sem supervisão/sem auxílio\*.

\*= Itens acrescentados ou modificados após estudo: asterisco no final, todo o item acrescentado; asterisco no meio, frase acrescentada ou clarificada.

**Índice de Barthel – Instruções**

**Intestinos**

0- Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres)

5- Acidente ocasional (um / semana)

10- Contínente

**Bexiga**

0- Incontinente ou algaliado e incapaz da sua utilização

5- Acidente ocasional (um / dia)

10- Contínente (há mais de 7 dias)

**Higiene Pessoal**

0- Necessita auxílio nos cuidados pessoais

5- Independente: face/ cabelo/ dentes/ barba (acessórios fornecidos)

**Uso da sanita**

0- Dependente

5- Necessita alguma ajuda, mas pode fazer parte sozinho

10- Independente (instalar-se e retirar-se, vestir-se, limpar-se)

**Alimentação**

0- Incapaz

5- Necessita auxílio para cortar, espalhar a manteiga, etc.

**Transferências**

0- Incapaz - sem equilíbrio sentado

5- Ajuda maior (uma ou duas pessoas, física) – consegue sentar-se

10- Ajuda menor (verbal ou física)

15- Independente

**Mobilidade**

0- Imóvel

5- Independente em cadeira de rodas, incluindo esquinas, etc.

10- Marcha com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)

15- Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, p. ex. bengala)

**Vestir**

0- Dependente

5- Necessita ajuda, mas pode fazer cerca de metade sem ajuda

10- Independente (incluindo botões, fechos, atacadores, etc.)

**Escadas**

0- Incapaz

5- Necessita ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares)

10- Independente no subir e descer

**Banho**

0- Dependente

5- Independente (ou no duche)

**TOTAL: (0 – 100)**

## **ANEXO 6**

Instrumento de Avaliação Integrada da RNCCI

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO INTEGRADA:**[? Ajuda](#)  \* indica campo obrigatórioData : \*   (aaaa-mm-dd)Tipo de avaliação :  
\* --Seleccionar--Perfil  
Biopsicosocial Respondeu ao inquérito : \*  
--Seleccionar--**Queixas de saúde**[Se não for possível obter as respostas relativas a queixas, click aqui](#)

Queixas Musculo-esqueléticas: --Seleccionar--

Queixas Visão: --Seleccionar--

Queixas Audição: --Seleccionar--

Queixas Pele: --Seleccionar--

Queixas Outros Órgãos/Sistemas: --Seleccionar--

**Estado de nutrição**[Se não tiver respostas, click aqui](#)

Peso (em Kg, ex: 68.4) :

Altura (em m, ex: 1.71) : \*

IMC - Índice de Massa Corporal (kg/m²):

CINT - Cintura - 1ª (em cm) : \*

CINT - Cintura - 2ª (em cm) : \*

CINT - Cintura - 3ª (em cm) : \*

CINT - Cintura - (cm):

**Quedas**

Na primeira avaliação tipo Admissão/Ambulatório deverão ser consideradas as quedas relativas ao último ano. Nas seguintes avaliações devem ser consideradas as quedas verificadas desde a última avaliação.

Nº de Quedas: \*

Momento de Quedas: \* --Seleccionar--

Motivo de Quedas: \* --Seleccionar--

Sequelas de Quedas ocorridas: \* --Seleccionar--

**Locomoção**

Andar em casa, dentro de edifícios: \* --Seleccionar--

Andar na rua: \* --Seleccionar--

Andar em escadas: \* --Seleccionar--

Locomoção e meios para visão e audição: \* --Seleccionar--

**Autonomia física**

Lavar-se/tomar banho ( entrar/sair, estar, lavar-se ) : *	--Seleccionar--
Vestir-se/despir-se ( escolher, preparar, vestir ) : *	--Seleccionar--
Usar a sanita e/ou bacia/toilet ( usar, limpar-se, roupa, despejar ) : *	--Seleccionar--
Deitar-se/levantar-se da cama ( mover-se, transferir-se, andar ) : *	--Seleccionar--
Sentar-se/levantar-se de cadeiras( mover-se, transferir-se, andar ) : *	--Seleccionar--
Controlar a urina: *	--Seleccionar--
Controlar as fezes: *	--Seleccionar--
Alimentar-se/comer ( servir-se, preparar alimentos, comer ) : *	--Seleccionar--
Autonomia Física e meios para visão e audição: *	--Seleccionar--

### Autonomia Instrumental

Usar o telefone ( marcar n.ºs, atender ) : *	--Seleccionar--
Fazer compras ( todas as compras necessárias ) : *	--Seleccionar--
Preparar refeições ( planejar bem, preparar, servir-se ) : *	--Seleccionar--
Tarefas de lida da casa ( pesadas e leves, com limpeza ) : *	--Seleccionar--
Lavar/tratar da sua roupa ( grande e pequena ) : *	--Seleccionar--
Usar transportes, onde não pode ir a pé ( públicos / táxi / carro, conduzir ) : *	--Seleccionar--
Tomar os seus medicamentos ( nas doses e tempos correctos ) : *	--Seleccionar--
Geri- o seu dinheiro ( contas, cheques, idas ao banco ) : *	--Seleccionar--
Autonomia Instrumental e meios para visão e audição: *	--Seleccionar--

### Queixas emocionais

[Se não for possível obter de respostas relativas a queixas, click aqui](#)

Triste / deprimido : *	Queixas triste : --Seleccionar--
--Seleccionar--	
Nervoso / ansioso : *	Queixas nervoso : --Seleccionar--
--Seleccionar--	
Outras Queixas Emocionais: *	Queixas outras : --Seleccionar--
--Seleccionar--	

### Estado cognitivo

<b>Orientação no tempo</b>	
Ano - Em que ano estamos ? *	Mês - Em que mês estamos ? *
--Seleccionar--	--Seleccionar--
Dia do mês - Quantos são hoje ? *	Estação do ano - Em que estação do ano estamos ? *
--Seleccionar--	--Seleccionar--
Dia da semana - Que dia da semana é hoje ? *	
--Seleccionar--	
<b>Orientação no espaço</b>	
País - Como se chama o nosso país ? *	--Seleccionar--
Distrito - Em que distrito vive ? *	--Seleccionar--
Terra - Em que terra vive ? *	--Seleccionar--
Casa - Como se chama esta casa ? *	--Seleccionar--
Andar - Em que andar estamos ? *	--Seleccionar--

### Estado social

[Se não tiver respostas, click aqui](#)

Estado Civil : *	--Seleccionar--
N.º coabitantes : *	<input type="text"/>

Tempo em que está só nas 24h : \* --Seleccionar-- ▼

Ter com quem desabafar / ter confidente( falar de assuntos pessoais ) : \* --Seleccionar-- ▼

Escolaridade : \* --Seleccionar-- ▼

Profissão : \* --Seleccionar-- ▼

### Hábitos

Se não tiver respostas, click aqui

Andar a pé na rua (nº  
horas / semana) : \*

Ginástica ou desporto (nº  
horas / semana) : \*

Outra actividade física (nº  
horas / semana) : \*

AF - Actividade Física (nº  
horas / semana) : \*

Nº de Refeições /dia : \*

Peq Almoço ☐

Meio Manhã ☐

Almoço ☐

Lanche ☐

Jantar ☐

Ceia ☐

Outra(s) ☐

Gravar

Cancelar

## **ANEXO 7**

*MRC - Motor scale*



### 3.1 Muscle power functions

#### Medical Research Council Motor Scale (MRC-MS)

*Medical Research Council (1943)*

##### Source

This method of assessing muscle power function was described in a monograph under the imprint of the United Kingdom Medical Research Council in 1943. It has been very widely adopted into routine medical practice and it also has been incorporated into other assessment scales, for example the Motricity Index (see page 394). It is often referred to by the abbreviation, MMT (manual muscle testing).

##### Purpose

The MRC Motor Scale is a performance-based measurement of muscle functioning through an assessment of muscle power. The original aim of the scale was to monitor recovery from injuries to peripheral nerves.

##### Item description

The clinician assesses the patient's muscle power by determining the function of specific muscles as shown in the MRC monograph, or of muscle groups producing movement in specific directions at each joint.

##### Scale development

No details of the development of the scale are available. It seems likely that the group of clinicians listed in the monograph, who treated patients with muscle weakness as a result of peripheral nerve injuries, developed the scale by consensus.

##### Administration procedures, response format and scoring

The scale assesses muscle power function by examining movement at specific joints. Responses are classified into six grades as follows: 0 (no contraction), 1 (flicker or trace of contraction), 2 (active movement with gravity eliminated), 3 (active movement against gravity), 4

(active movement against gravity and resistance), and 5 (normal muscle power, as subjectively evaluated by the examiner) (MRC, 1943).

Conventionally, the muscle power is reported as a numerical grade (from 0 to 5). The grade is specified for each muscle, or muscle group, that is tested.

##### Psychometric properties

In this assessment higher grades include wide ranges of muscle power. Clinically, it is well recognized that precision is more difficult to achieve at grades 4 and 5. Bohannon (2005) studied 107 consecutive patients with mixed diagnoses (60% with stroke) in an acute rehabilitation unit (see Box 6.8).

##### Box 6.8

Validity:	<b>Construct:</b> <i>Discriminant:</i> Bohannon: sensitivity 72%, specificity 77% for 30% difference in muscle power as measured by dynamometry
Reliability:	<b>Inter-rater:</b> Jepsen, Laursen, Larsen, & Hagert (2004): mixed diagnoses, for selected upper extremity muscles: $k = .54$  <b>Test-retest:</b> Great Lakes ALS Study Group: 6 months: motor neurone disease: Mean power of 34 muscles: $r = .67$
Responsiveness:	Not applicable

##### Comment

This assessment scale is in universal use and is a component of a routine neurological examination. Although its psychometric properties are limited, it remains a

In Tate, R. L. (2010). *A compendium of tests, scales and questionnaires: the practitioner's guide to measuring outcomes after acquired brain impairment*. East Sussex BN3 2FA: Psychology Press.

quick and readily understood method of assessment of muscle power. It was developed in the context of peripheral nerve injuries but has been applied very widely in acquired brain impairment and has fair validity in this setting. An alternative is electronic manual muscle testing, but this requires specialized equipment and is difficult to use for large muscle groups.

#### Key references

Bohannon, R. W. (2005). Manual muscle testing: Does it meet

the standards of an adequate screening test? *Clinical Rehabilitation*, 19(6), 662–667.

Great Lakes ALS Study Group. (2003). A comparison of muscle strength testing techniques in amyotrophic lateral sclerosis. *Neurology*, 61(11), 1503–1507.

Jepsen, J. R., Laursen, L. H., Larsen, A. I., & Hagert, C. G. (2004). Manual strength testing in 14 upper limb muscles: A study of inter-rater reliability. *Acta Orthopaedica Scandinavica*, 75(4), 442–448.

Medical Research Council. (1943). *Aids to the investigation of peripheral nerve injuries* (Revised 2nd ed.). London: War Memorandum No. 7.

---

In Tate, R. L. (2010). *A compedium of tests, scales and questionnaires: the practitioner's guide to measuring outcomes after acquired brain impairment*. East Sussex BN3 2FA: Psychology Press.

## **ANEXO 8**

Escala de *Ashworth* modificada

## Modified Ashworth Scale

Bohannon and Smith (1987)

Instructions (adapted from Mehrholz et al., 2005b):

Assess the person lying supine on his or her back, with the upper limbs as parallel as possible to the trunk, elbows extended and wrists in a neutral position, the lower limbs parallel to one another.

Move the limb through its full range of motion at a stretching velocity standardized by timing the movement of the limb (counting "one thousand and one . . ." as the time to complete the movement). Keep repeated movement cycles at a minimum.

Extend the patient's limb first from a position of maximal possible flexion to maximal possible extension (the point at which the first soft resistance is met). Next, assess spasticity while moving from extension to flexion. Exceptions are for shoulder extensors (moving from extension to 90° of flexion), shoulder internal rotators (moving from neutral to maximum external rotation) and ankle plantar flexors (moving from extension to flexion first with knee extended and second with knee flexed).

Score a grade (as below) at each joint, and in each direction of movement, for which a rating is required.

Grade	Description
0	No increase in muscle tone
1	Slight increase in muscle tone, manifested by a catch and release or by minimal resistance at the end of the range of motion when the affected part(s) is moved in flexion or extension
1+	Slight increase in muscle tone, manifested by a catch, followed by minimal resistance throughout the remainder (less than half) of the range of motion
2	More marked increase in muscle tone through most of the range of motion, but affected part(s) easily moved
3	Considerable increase in muscle tone, passive movement difficult
4	Affected part(s) rigid in flexion or extension

*Acknowledgement:* Adapted from Mehrholz, J., Wagner, K., Meissner, D., Grundmann, K., Zange, C., Koch, R., et al. (2005b). Reliability of the Modified Tardieu Scale and the Modified Ashworth Scale in adult patients with severe brain injury: a comparison study. *Clinical Rehabilitation*, 19(7), 751–759.

In Tate, R. L. (2010). *A compedium of tests, scales and questionnaires: the practitioner's guide to measuring outcomes after acquired brain impairment*. East Sussex BN3 2FA: Psychology Press.

## **ANEXO 9**

Instrumento de Registo de ER da ECCI

Nome		
Diagnóstico		Processo Nº

### INSTRUMENTO DE REGISTO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

#### 1. AVALIAÇÃO MOTORA

Estado de consciência	Escala de comas de Glasgow: (Anexo I) Score ____ / ____ / ____	Escala de comas de Glasgow: (Anexo I) Score ____ / ____ / ____	Escala de comas de Glasgow: (Anexo I) Score ____ / ____ / ____
-----------------------	---	---	---

Avaliação Pupilar		/ /	/ /	/ /
OD	Forma			
	Tamanho			
	Reacção			
OE	Forma			
	Tamanho			
	Reacção			

Forma: redonda (R) - disforme (D) - opaca (O)      Tamanho: Normal (N) 1.5-6mm      Midríase (+) 6-8mm      Miose (-) 1-2mm  
 Reacção: reactiva (+) - não reactiva (-) - hiporreactiva (x)

Avaliação dos pares craneanos		/ /	/ /	/ /
I-Olfactivo (rinorréia; anosmia)				
II-Óptico (acuidade visual; campos visuais)				
III-Oculomotor comum (mirose; elevação da pálpebra; elevação; abaixamento e adução do olho)				
IV-Patético (rotação do olho)				
VI-Motor Ocular Externo (abdução do olho)				
V- Trigemino (sensibilidade da face e mastigação)				
VII-Facial (simetria, paladar e saliva)				
VIII-Acústico (Audição e equilíbrio)				
IX-Glossofaríngeo (paladar 1/3 posterior da língua)				
X-Vago (reflexo do vômito; alterações do tom de voz/rouquidão)				
XI-Espinhal (movimentos do esternocleidomastoideu e trapézio)				
XII-Hipoglosso (movimentos da língua)				

Avaliação da Sensibilidade									
	Membro Superior				Membro Inferior				
	Dtº		Esqº		Dtº		Esqº		
Dolorosa									
Térmica									
Táctil									
Postural									
Data									

Legenda: N - Normal / D - Diminuída / A - Ausente

Avaliação do Equilíbrio						
	Estático			Dinâmico		
Sentado						
Em pé						
Data						

Legenda: N - Normal / D - Diminuída / A - Ausente

**Avaliação da Força Muscular / Avaliação do Tónus Muscular**

HEMICORPO DIREITO									
	Flexão	Extensão	Abdução	Adução	Rotação Interna	Rotação Externa	Desvio Radial/Cubital	Oponência	Inversão Eversão
Escapulo-umeral									
Cotovelo									
Antebraço									
Punho									
Dedos da mão									
Coxo-femural									
Joelho									
Tibiotársica									
Pé									
Dedos do pé									
HEMICORPO ESQUERDO									
Escapulo-umeral									
Cotovelo									
Antebraço									
Punho									
Dedos da mão									
Coxo-femural									
Joelho									
Tibiotársica									
Pé									
Dedos do pé									
<b>Data de avaliação</b>									
<b>Rúbrica do Enfermeiro</b>									
<b>Especialista de Reabilitação</b>									

<p><b>Legenda:</b></p> <p align="center"><b>Avaliação da força muscular segundo a Escala de Lower</b></p> <p>0/5 - Não há contração muscular visível/palpável, nem movimento da extremidade</p> <p>1/5 - O músculo contrai-se, mas a extremidade não se pode mover</p> <p>2/5 - As extremidades podem mover-se, mas não contra a gravidade</p> <p>3/5 - Arco de movimento completo apenas contra a gravidade, não contra a resistência</p> <p>4/5 - Arco de movimento completo contra a resistência moderada e gravidade</p> <p>5/5 - Movimento normal contra a gravidade e resistência</p>	<p><b>Legenda:</b></p> <p align="center"><b>Avaliação da espasticidade segundo a Escala de Ashworth</b></p> <p>H - Hipotonia</p> <p>Grau 0 - Tónus normal dificultado</p> <p>Grau 1 - Hipertonia leve - pequena contração quando se move o membro</p> <p>Grau 2 - Hipertonia branda - Move-se facilmente o membro</p> <p>Grau 3 - Hipertonia moderada - movimento passivo do membro</p> <p>Grau 4 - Hipertonia intensa/severa</p>
---	---



# Programa de Reabilitação Funcional Motora

## Mobilizações

Articulações	Dtº	Esqº	Dtº	Esqº	Dtº	Esqº	Dtº	Esqº	Dtº	Esqº
Flexão/extensão da escapulo-umeral										
Abdução/adução da escapulo-umeral										
Rotação interna/externa da escapulo-umeral										
Flexão/extensão do cotovelo										
Rotação interna/externa do antebraço										
Desvio radial e cubital do punho										
Flexão/extensão dos dedos da mão										
Abdução/adução dos dedos da mão										
Oponência dos dedos da mão										
Flexão/extensão da coxo-femural										
Abdução/adução da coxo-femural										
Rotação interna/externa da coxo-femural										
Flexão/extensão do joelho										
Flexão/extensão da tibiotársica										
Rotação interna/externa da tibiotársica										
Inversão/eversão do pé										
Flexão/extensão do pé										
Rotação interna/externa do pé										
Rúbrica do Enfermeiro Especialista de Reabilitação										

Legenda: P - Passivas / A - Activas / AA - Activas Assistidas / AR - Assistidas Resistidas / AM - Auto-mobilizações





## 2-AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

TA: ____/____ mmHg	FC: ____ bpm	FR: ____ bpm	SpO <sub>2</sub> : ____ %	Data: ____	Rúb: ____
TA: ____/____ mmHg	FC: ____ bpm	FR: ____ bpm	SpO <sub>2</sub> : ____ %	Data: ____	Rúb: ____
TA: ____/____ mmHg	FC: ____ bpm	FR: ____ bpm	SpO <sub>2</sub> : ____ %	Data: ____	Rúb: ____

<p><b>Auscultação Pulmonar</b>    Data: ____</p> <p>- Murmúrio                      - Ruídos</p> <p><input type="checkbox"/> Mantido                      Roncos <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Diminuído                      Sibilos <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Ausente                      Fervores <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Auscultação Pulmonar</b>    Data: ____</p> <p>- Murmúrio                      - Ruídos</p> <p><input type="checkbox"/> Mantido                      Roncos <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Diminuído                      Sibilos <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Ausente                      Fervores <input type="checkbox"/></p>
--	--

<p><b>Auscultação Pulmonar</b>    Data: ____</p> <p>- Murmúrio                      - Ruídos</p> <p><input type="checkbox"/> Mantido                      Roncos <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Diminuído                      Sibilos <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Ausente                      Fervores <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Observações</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	---

**Memorando:**

- Amplitude respiratória; Dispneia (escala de Borg- ANEXO II); Uso musculatura acessória (abdominais, intercostais, supracostais); - Deformidades torácicas (escoliose, cifose, em tonel, em quilha); Tosse (produtiva, seca, eficaz e ineficaz); Secreções (Mucopurulenta, Hemorrágica, espessas, fluídas, escassas, moderadas, abundantes).

Programa de Reabilitação Funcional Respiratória					
	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
Reeducação diafragmática (global, anterior, posterior, hemicúpula dta e esq)					
Reeducação costal selectiva					
Reeducação costal global					
Drenagem postural					
Drenagem postural modificada					
Manobras acessórias					
CATR					
Tosse assistida					
Tosse dirigida					
Aspiração de secreções					
Atmosfera húmida/ Hidratação/Aerossoloterapia					
<b>Rúbrica do Enfermeiro Especialista de Reabilitação</b>					

Exemplo de ficha de trabalho elaborada pelo Trabalho Especializado em Saúde e Segurança do Trabalho do Instituto de Saúde da Universidade de Coimbra, adaptada do Manual de Reabilitação Respiratória.

## ESCALAS (ANEXO I)

Escala de Coma de Glasgow		
Parâmetros	Resposta Observada	Pontuação
Abertura Ocular	Espontânea	4(O)
	Com estímulo verbal	3
	Com estímulo doloroso	2
	Nula	1
Resposta Verbal	Orientado	5(V)
	Confuso	4
	Palavras Impróprias	3
	Sons Incompreensíveis	2
	Nula	1
Resposta Motora	Obedece a ordens	6(M)
	Localiza a dor	5
	Foge à dor	4
	Flexão anormal	3
	Responde em extensão	2
	Nula	1
PONTUAÇÃO (Score) (O+V+M) 3 a 15		

Escala Modificada de Borg	
0	Nenhuma
0,5	Muito, Muito Leve
1	Muito Leve
2	Leve
3	Moderada
4	Um pouco forte
5	Forte
6	
7	Muito Forte
8	
9	Muito, Muito Forte
10	Máxima

## **ANEXO 10**

Registo de Consulta de Enfermagem – Hospital de dia de FQ dos Adultos

## Registo de Consulta de Enfermagem

Hospital de Dia de Fibrose Quística de Adultos


IDENTIFICAÇÃO DOENTE

Áreas de intervenção		Data	Data	Data
Intercorrências desde a última consulta				
TERAPÉUTICA	Peros			
	Cumprimento			
	MDI/DPI			
	Cumprimento			
	Nebulização			
	Cumprimento			
	Manutenção do aparelho de nebulização			
	Necessita de OLD			
	Nº horas dia L/m EPAP/IPAP			
	Cumprimento			
Dispositivos técnicos				

Áreas de intervenção		Data				Data				Data						
REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA	Sinais/ sintomas respiratórios	Tosse	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3		
		Expectoração	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3		
		Características	M	P	H	M	P	H	M	P	H					
		Dispneia	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3		
		Cansaço	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3		
		Características														
	Pratica exercício físico															
	Qual? Nº horas/semana															
	Faz CR?	1) + 1x/dia 2) Diariamente 3) 1 a 5x/semana 4) Nas crises 5) Nunca - motivo														
	<b>Programa de exercícios realizados</b> 1. D D – reed. Diafragmática 2. D D – reed. Costal 3. Decúbito SD esq 4. Decúbito SD dto 5. Decúbito lateral esq 6. D L E c/ abdução do braço 7. Decúb. lateral dto 8. D L Dc/abdução do braço 9. Decúbito SV esq 10. Decúbito SV dto 11. Decúbito ventral 12. Manobras acessórias 13. Tosse 14. Huff		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14					1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14					1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14			
ÁREAS PROBLEMÁTICAS	Diagnóstico da situação															
	Planeamento da intervenção															
	Apreciação do estado emocional															
Assinatura																


## **ANEXO 11**

Plano Individual de Intervenção – ECCI

	<b>PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO</b>		Data: ____ / ____ / 201__
	NOME: _____ Morada: _____ Cartão Utente: _____		
	Contacto: _____ DN: ____ / ____ / ____		

<b>PII - PARTE A</b> DATA DE ADMISSÃO: ____ / ____ / ____      TIPOLOGIA: ECCI      Pág.: 1 de ____						
GESTOR DO CASO: _____ Cuidador principal -----						
<b>PRINCIPAL MOTIVO REFERENCIAÇÃO:</b>		<b>PRINCIPAL DIAGNÓSTICO:</b>				
<b>EXPECTATIVAS / PREFERÊNCIAS UTENTE/FAMILA</b>				:		
Nº	PROBLEMAS	OBJECTIVOS / METAS	PRAZO	ACTIVIDADES / INTERVENÇÕES	RESP.	CUMPRIMENTO META / AVALIAÇÃO (TA; PA; NA)
1						
2						




	<b>PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO</b>	Data: ____ / ____ / 201__
	NOME: _____ Morada: _____ Cartão Utente: _____	
	Contacto: _____ DN: ____ / ____ / ____	

## PII - PARTE B

Pág.: 2 de \_\_\_\_

Nº	PROBLEMAS	OBJECTIVOS / METAS	PRAZO	ACTIVIDADES / INTERVENÇÕES	RESP.	CUMPRIMENTO META / AVALIAÇÃO (TA; PA; NA)
3						
4						

	<b>PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO</b>	Data: ____ / ____ / 201__
	NOME: _____ Morada: _____ Contacto: _____ Cartão Utente: _____ DN: ____ / ____ / ____	

5						
6						

PROFISSIONAIS INTERVENIENTES

---



---

## **ANEXO 12**

Programa de Treino de Exercício

## Programa de Treino de Exercício

IDENTIFICAÇÃO DOENTE

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Processo RFR: \_\_\_\_\_

Data de início:

Duração:

Frequência :

1) **Aerossol** (SF + Brometo de ipratrópio-250µg) S ☐ N ☐

2) **Oxigênio** ( → SpO<sub>2</sub>>90%) S ☐ N ☐

Débito - l/min

3) **Alongamentos:** pescoço, tronco, MMSs, MMIs

4) **Aquecimento:** MMSs e MMIs - 1 a 3 minutos – exercício / repouso

5) **Treino de membros superiores**

(c/mobilização dos músculos da cintura escapular)

- cicloergómetro de braços : 10'

- exercícios com halteres / bastões / faixas : duas séries de 2' cada (intervalo=2')

(movimentos: flexão/extensão do cotovelo; adução/abdução do ombro )

Carga :

(50% da carga máxima atingida no teste incremental;

incrementos de 0,5kg/semana, até ao limite de tolerância do doente)

6) **Treino de membros inferiores**

- bicicleta ergométrica / passadeira

Carga :

( 80% da carga máxima atingida na ergometria )

Tempo : 20' na 1ª semana, 25' na 2ª semana, 30' na 3ª semana e seguintes.

7) **Arrefecimento**

- alongamento da musculatura do pescoço, cintura escapular e membros;

- 20 segundos em cada posição de alongamento, com três repetições

### **Avaliação inicial**

- Clínica
- Índice de massa corporal
- Análises laboratoriais de rotina
- Imagiologia torácica
- ECG ; Ecocardiograma
- Provas Funcionais Respiratórias (c/ P<sub>I</sub>max e P<sub>E</sub>max)
- Gasometria arterial e oximetria de esforço
- Avaliação da dispneia (escala de Borg)
- Avaliação da qualidade de vida (questionário do Hospital Saint George)
- Prova de marcha de 6'
- Ergometria
- Teste incremental para membros superiores

### **Avaliação final**

- Clínica
- Índice de massa corporal
- Provas Funcionais Respiratórias (c/ P<sub>I</sub>max e P<sub>E</sub>max)
- Avaliação da dispneia (escala de Borg)
- Avaliação da qualidade de vida (questionário do Hospital Saint George)
- Prova de marcha de 6'

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## Registo de Treino de Exercício

IDENTIFICAÇÃO DOENTE

Processo: \_\_\_\_\_

DATA	SPO <sub>2</sub>	T.A.	F.R.	F.C.	O <sub>2</sub>	(SEGUNDO PROTOCOLO INTERNO DA UNIDADE)					ASS. ENF.	
						AQUECIMENTO / ALONGAMENTO (GLOBAIS)	FORTALECIMENTO		CICLO ERGÔMETRO	BICICLETA PASSADEIRA		
							MEMBROS SUPERIORES	MEMBROS INFERIORES				OBSERVAÇÕES
	I:	I:	I:	I:		AQ:	P:	P:	T:	T:		
	F:	F:	F:	F:		AL:	R:	R:	C:	C:	X	
	I:	I:	I:	I:		AQ:	P:	P:	T:	T:		
	F:	F:	F:	F:		AL:	R:	R:	C:	C:	X	
	I:	I:	I:	I:		AQ:	P:	P:	T:	T:		
	F:	F:	F:	F:		AL:	R:	R:	C:	C:	X	
	I:	I:	I:	I:		AQ:	P:	P:	T:	T:		
	F:	F:	F:	F:		AL:	R:	R:	C:	C:	X	
	I:	I:	I:	I:		AQ:	P:	P:	T:	T:		
	F:	F:	F:	F:		AL:	R:	R:	C:	C:	X	
	I:	I:	I:	I:		AQ:	P:	P:	T:	T:		
	F:	F:	F:	F:		AL:	R:	R:	C:	C:	X	
	I:	I:	I:	I:		AQ:	P:	P:	T:	T:		
	F:	F:	F:	F:		AL:	R:	R:	C:	C:	X	
	I:	I:	I:	I:		AQ:	P:	P:	T:	T:		
	F:	F:	F:	F:		AL:	R:	R:	C:	C:	X	
	I:	I:	I:	I:		AQ:	P:	P:	T:	T:		
	F:	F:	F:	F:		AL:	R:	R:	C:	C:	X	

I: Início; F: Final; P: Peso (Kg); AQ: Aquecimento; AL: Alongamento; T: Tempo ("); C: Incrementos (W); R: Repetições; ✗: Inclinação

DATA	SPO <sub>2</sub>	T.A.	F.R.	F.C.	O <sub>2</sub>	(SEGUNDO PROTOCOLO INTERNO DA UNIDADE)						ASS. ENF.	
						AQUECIMENTO / ALONGAMENTO (GLOBAIS)	FORTALECIMENTO			CICLO ERGÔMETRO	BICICLETA PASSADEIRA		
							MEMBROS SUPERIORES	MEMBROS INFERIORES	OBSERVAÇÕES				
	I:	I:	I:	I:		AQ:	P:	P:		T:	T:	✗	
	F:	F:	F:	F:		AL:	R:	R:		C:	C:	✗	
	I:	I:	I:	I:		AQ:	P:	P:		T:	T:	✗	
	F:	F:	F:	F:		AL:	R:	R:		C:	C:	✗	
	I:	I:	I:	I:		AQ:	P:	P:		T:	T:	✗	
	F:	F:	F:	F:		AL:	R:	R:		C:	C:	✗	
	I:	I:	I:	I:		AQ:	P:	P:		T:	T:	✗	
	F:	F:	F:	F:		AL:	R:	R:		C:	C:	✗	
	I:	I:	I:	I:		AQ:	P:	P:		T:	T:	✗	
	F:	F:	F:	F:		AL:	R:	R:		C:	C:	✗	
	I:	I:	I:	I:		AQ:	P:	P:		T:	T:	✗	
	F:	F:	F:	F:		AL:	R:	R:		C:	C:	✗	
	I:	I:	I:	I:		AQ:	P:	P:		T:	T:	✗	
	F:	F:	F:	F:		AL:	R:	R:		C:	C:	✗	
	I:	I:	I:	I:		AQ:	P:	P:		T:	T:	✗	
	F:	F:	F:	F:		AL:	R:	R:		C:	C:	✗	
	I:	I:	I:	I:		AQ:	P:	P:		T:	T:	✗	
	F:	F:	F:	F:		AL:	R:	R:		C:	C:	✗	
	I:	I:	I:	I:		AQ:	P:	P:		T:	T:	✗	
	F:	F:	F:	F:		AL:	R:	R:		C:	C:	✗	
	I:	I:	I:	I:		AQ:	P:	P:		T:	T:	✗	
	F:	F:	F:	F:		AL:	R:	R:		C:	C:	✗	

I: Início; F: Final; P: Peso (Kg); AQ: Aquecimento; AL: Alongamento; T: Tempo ("); C: Incrementos (W); R: Repetições; ✗: Inclinação

OBSERVAÇÃO:

## **APÊNDICES**



## **APÊNDICE 1**

Projeto de Formação



## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

*Área de Especialização  
Enfermagem de Reabilitação*

*UC Opção II – Projeto de Formação*

**Cuidar da pessoa com Fibrose Quística**  
*Intervenção do Enfermeiro Especialista em  
Enfermagem de Reabilitação, na promoção do  
autocuidado*

**Marta Susana Serra Lourenço Esteves**

**Lisboa  
2014**



# **Curso de Mestrado em Enfermagem**

*Área de Especialização  
Enfermagem de Reabilitação*

*UC Opção II – Projeto de Formação*

**Cuidar da pessoa com Fibrose Quística**  
*Intervenção do Enfermeiro Especialista em  
Enfermagem de Reabilitação, na promoção do  
autocuidado*

**Marta Susana Serra Lourenço Esteves**

**Prof<sup>a</sup> Cristina Saraiva**

**Lisboa  
2014**

## **SIGLAS**

**ATS** – America Thoracic Society

**CFF** – Cystic Fibrosis Foundation

**DGS** – Direção Geral da Saúde

**EEER** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

**ERS** – Sociedade Respiratória Europeia

**FQ** – Fibrose Quística

**FEV<sub>1</sub>** . Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**RFR** – Reeducação Funcional Respiratória

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	6
1. CUIDAR DA PESSOA COM FIBROSE QUÍSTICA.....	9
2. COMPETÊNCIAS, OBJETIVOS E ATIVIDADES A DESENVOLVER.....	16
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	26

### APÊNDICES

APÊNDICE I

APÊNDICE II

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1:</b>	Instituições envolvidas e justificação.....	17
	Domínio da responsabilidade profissional ética e legal e	
<b>Quadro 2:</b>	competências específicas do EEER.....	19
	Domínio da melhoria da qualidade e competências específicas do	
<b>Quadro 3:</b>	EEER.....	21
	Domínio da gestão dos cuidados e competências específicas do	
<b>Quadro 4:</b>	EEER.....	23
<b>Quadro 5:</b>	Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	24

## INTRODUÇÃO

A fibrose quística ou mucoviscidose é uma doença genética autossómica recessiva que tem uma prevalência média ao nascimento de 1:3000 recém-nascidos, na população caucasiana (Lopes, et al, 2014). Tem um risco de recorrência de 25% em cada gravidez e resulta da mutação de um gene localizado no cromossoma 7, que codifica a síntese da proteína transmembranar. A sua disfunção consiste no aumento da viscosidade das secreções das glândulas mucosas, dando origem a um envolvimento multissistémico, com grande morbilidade e mortalidade, secundária à doença respiratória crónica, na maioria dos doentes (Direção Geral da Saúde, 2014; Hockenberry & Wilson, 2014; Lopes, et al, 2014).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, na Europa, 1 em cada 2000 a 3000 recém-nascidos nasce com Fibrose Quística e, embora em Portugal não existam dados concretos estima-se que a incidência da doença seja de 1/6000, novos casos de recém-nascidos, por ano (Direção Geral da Saúde, 2014).

Nas últimas décadas, a esperança de vida tem vindo a aumentar, e de acordo com os dados da *Cystic Fibrosis Foundation*, em 1985, a esperança média de vida era de 27 anos de idade e em 2009 foi de 35,9 anos. Embora não hajam dados nacionais, em Portugal, estima-se que a sobrevida média atual é de 30,7 anos, de acordo com o calculado para uma população de doentes, em seguimento numa consulta especializada (Direção Geral da Saúde, 2014).

Os centros especializados em fibrose quística, com recurso a uma equipa multidisciplinar, permitem uma abordagem holística à pessoa e família, e são essenciais na promoção de uma boa gestão da doença e na obtenção dos melhores resultados possíveis. (Kerem E. , Conway, Elborn, & Heijerman, 2005).

A otimização dos cuidados prestados à pessoa com fibrose quística e família, tem sido uma preocupação constante de organizações internacionais, tais com a *Cystic Fibrosis Foundation* e a *European Cystic Fibrosis Society*, na procura da melhor evidência científica e divulgação de orientações sobre diagnóstico, acompanhamento e tratamento, assim como de orientações acerca da constituição e organização da equipa multidisciplinar, nos centros especializados em fibrose quística. Portugal tem deste

modo, através da Direção Geral de Saúde, elaborado normas e diretrizes, com base na experiência internacional.

A limpeza das vias aéreas é considerada uma terapêutica fundamental na luta pela preservação da função pulmonar, na pessoa com fibrose quística. O desafio é estabelecer com a pessoa, um plano de reabilitação, perante a panóplia de técnicas e dispositivos atualmente existentes (Lester & Flume, 2009).

Sendo enfermeira, desde 2001, numa Unidade de Pneumologia Pediátrica, Cuidados Respiratórios Domiciliários e de Transição, que integra um Centro Especializado de Fibrose Quística, tenho a oportunidade de acompanhar crianças, jovens (e por vezes adultos) com fibrose quística, desde o momento do diagnóstico à transição para o serviço de adultos, ou morte.

A prestação de cuidados à pessoa com fibrose quística constitui assim, um desafio constante na minha intervenção, enquanto enfermeira, uma vez que a sua doença, tal como descrita, tem um impacto significativo na saúde e bem-estar da pessoa, quer na dimensão física, psíquica, espiritual e socio familiar, condicionando a pessoa no desenvolvimento do autocuidado. Por esta complexidade, ao longo da minha experiência profissional, senti necessidade de desenvolver competências específicas, nomeadamente ao nível da reabilitação respiratória que, para além de ser uma área de constante interesse, assume toda a relevância para a melhoria da minha prática.

Perante a problemática descrita, questiono qual a minha intervenção enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, no controlo dos sintomas nefastos e promoção do autocuidado, à pessoa, com fibrose quística, e família? Que competências são mandatárias desenvolver para cuidar desta pessoa e sua família?

Deste modo, este projeto pretende delinear o percurso necessário ao desenvolvimento das competências emanadas pela Ordem dos enfermeiros, referentes ao enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Centralizando a temática, no cuidar da pessoa com fibrose quística e família, defino como finalidade deste projeto - Aprofundar e mobilizar um conjunto de conhecimentos, habilidades e capacidades, em contexto de estágio, que me permitam cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os níveis de prevenção. E proponho, como objetivos gerais:



Desenvolver competências na prestação de cuidados à pessoa com fibrose quística, na área da reabilitação respiratória, promovendo o autocuidado, e;

Desenvolver competências para a prestação de cuidados, promovendo o autocuidado, à pessoa com limitações sensório – motoras e/ou de eliminação.

Posto isto, o conceito de autocuidado torna-se central em enfermagem, pelo que considero a teoria Geral do Autocuidado, de Dorothea Orem, a mais estruturante para o desenvolvimento do meu projeto de formação.

As instituições escolhidas para a realização do estágio hospitalar, foram a Unidade de Reeducação Funcional Respiratória, do Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E. - Hospital de Santa Maria, e o serviço de pediatria do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão; A Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Mafra, de Enxara do Bispo, pertencente ao ACES Oeste Sul, será o local de estágio, em contexto domiciliário.

A metodologia utilizada para a revisão crítica da literatura foi a pesquisa bibliográfica em livros técnico-científicos e artigos pesquisados em sites, de entidades governamentais e não-governamentais da comunidade científica, e nas bases de dados eletrónicas, CINAHL, MEDLINE e ScienceDirect. As palavras-chave utilizadas durante a pesquisa foram: Adulto/ *adult*, Fibrose quística/ *Cystic Fibrosis*, Auto cuidado/ *Self-Care*, Reabilitação/ *Rehabilitation*, enf\*/ *nurs\**, limpeza das vias aéreas/ *airway clearance*.

Em suma, os capítulos que compõem este projeto são: introdução; Cuidar da pessoa com fibrose quística, que fundamenta a área temática, através da revisão crítica da literatura; Competências, objetivos e atividades a desenvolver que compreendem a definição dos objetivos específicos e respetivas atividades a desenvolver, mencionando as instituições envolvidas no estágio e justificação da sua escolha. Por fim são apresentadas as Considerações finais.

## 1. CUIDAR DA PESSOA COM FIBROSE QUÍSTICA

A Fibrose Quística (FQ) é caracterizada pela mutação de um gene localizado no braço longo do cromossoma 7, responsável pela codificação da proteína transmembranar, denominado de regulador transmembranário de condutância da fibrose quística (*Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator*). Este gene detém funções reguladoras nos canais de cloro e sódio nas superfícies das células epiteliais, traduzindo-se a sua disfunção, no transporte anormal de sódio e cloro, através do epitélio, provocando um aumento da viscosidade das secreções das glândulas mucosas (Direção Geral de Saúde (DGS), 2014; Hockenberry & Wilson, 2014; Lopes et al., 2014).

Em setembro de 2013, no Congresso Anual da Sociedade Respiratória Europeia (ERS), foram apresentados dados estatísticos recentes relativos ao número de doentes diagnosticados e acompanhados nos centros especializados em FQ, em Portugal. A recolha de dados foi realizada em todos os centros de Portugal, ao longo de 2012, considerando a idade dos doentes até 31 de dezembro, com o objetivo de estimar a frequência da mutação F508 delta e das mutações mais comuns, antes da implementação de um programa piloto de rastreio neonatal. Foram identificados 298 doentes, 140 do sexo masculino e 158 do sexo feminino, dos quais 176 com idades igual ou inferior a 17 anos e 122 com idade igual ou superior a 18 anos (80 com idades entre 18 e 29 anos, 28 entre 30 a 39 anos e 14 com idade superior a 40 anos), sendo a mutação F508 delta a mais comum (Pereira, et al., 2013).

O estudo piloto de rastreio neonatal teve início em outubro de 2013 e deverá ser realizado em 80000 recém-nascidos portugueses, ao longo de aproximadamente um ano. Lopes et al., (2014) divulgaram em março, que já foram estudados 29 000 e identificados 6 casos positivos. Perante os resultados obtidos, estimam que a FQ teria uma frequência aproximada de 1: 4.200 recém nascidos.

A FQ é uma doença potencialmente grave desde o nascimento, com um leque de manifestações clínicas muito variado, sendo que, algumas crianças poderão ter manifestações clínicas no momento do nascimento, mas outras poderão ser assintomáticas durante semanas, meses ou anos, dificultando o diagnóstico (Hockenberry & Wilson, Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente, 2014). É

caracterizada por ter um envolvimento multissistémico, uma vez que a disfunção das glândulas exócrinas provoca o compromisso de vários órgãos (Apêndice I).

Desta forma, o diagnóstico precoce e o acompanhamento em consultas especializadas de FQ são imprescindíveis para o controlo do estado nutricional, para a prevenção das complicações e tratamento da doença pulmonar crónica, que é causa da grande morbilidade e mortalidade, na maioria destes doentes (DGS, 2014; Hockenberry & Wilson, 2014).

O plano terapêutico da FQ reside em vários pilares tais como a prevenção das infeções através do cumprimento de esquema de vacinação específico, prevenção e tratamento das manifestações respiratórias, tratamento da insuficiência pancreática exócrina, hepática, do sistema gastrointestinal, refluxo gastresofágico, síndrome de obstrução intestinal distal, doença óssea e controlo da diabetes, bem como o suporte nutricional através da avaliação da necessidade de incluir suplementos dietéticos e contemplar a necessidade de nutrição entérica noturna ou parentérica (DGS, 2014).

O tratamento ou prevenção das manifestações respiratórias da FQ consiste na implementação de várias atitudes terapêuticas, como a atividade física e desportiva e a Reeducação Funcional Respiratória, nomeadamente a limpeza das vias aéreas diária, em todos os doentes, de forma continuada ao longo da sua vida, quer em situação de exacerbação, quer perante a estabilidade clínica. Também a profilaxia e/ou tratamento da infeção respiratória com antibioterapia inalatória ou sistémica, imunomodulação da resposta inflamatória, instituição de terapêutica broncodilatadora, avaliação da necessidade de oxigenoterapia de longa duração e de ventilação não invasiva podem constituir atitudes terapêuticas. E em caso de compromisso pulmonar grave, que não demonstre melhoria com as opções mencionadas, o doente poderá ser proposto para transplante pulmonar (DGS, 2014).

O fundamentalismo perante a necessidade de mecanismos de limpeza das vias aéreas, na pessoa com FQ, fomentou o desenvolvimento de múltiplas técnicas e dispositivos de ajuda. Para promover a segurança e eficácia dos mesmos, a *Cystic Fibrosis Foundation* (CFF) criou uma comissão para examinar a evidência clínica em cada terapia e elaborar orientações para a sua utilização. Através de uma revisão sistemática da literatura, de artigos publicados entre 1999 e abril de 2007, a comissão determinou que:

Os mecanismos de limpeza das vias aéreas são recomendados a todos os doentes com FQ, para mobilização das secreções, manutenção da função respiratória e melhoria da qualidade de vida;

Em geral, não se verificou que um mecanismo ou técnica de limpeza das vias aéreas seja mais eficaz que outro;

Individualmente poder-se-á verificar um mecanismo ou técnica com uma eficácia superior, quando comparado a outros; a sua indicação deverá ser baseada em fatores individuais, tais como a idade, a gravidade da doença, a preferência da pessoa e a eficácia observada, através de avaliações objetivas, como a função respiratória, e subjetivas, como a apreciação do pessoa;

O exercício aeróbico é recomendado na pessoa com FQ, como uma terapia adjuvante na mobilização das secreções brônquicas, tendo benefícios adicionais para a saúde em geral (Flume et al., 2009).

Esta comissão acrescenta que a educação dos doentes e família, sobre os mecanismos de limpeza das vias aéreas deve ser realizada por profissionais de saúde experientes na aplicação das técnicas, e com disponibilidade para o doente, reavaliando periodicamente as necessidades de formação do doente e família (Flume et al., 2009).

As técnicas e dispositivos terapêuticos recomendados são descritos pela DGS (2014), que as categoriza em técnicas passivas e ativas. As técnicas passivas referem-se à drenagem postural e manobras de percussão e vibração torácica. As ativas compreendem técnicas, tais como o ciclo ativo das técnicas respiratórias e drenagem autogénica, com ou sem ajuda de produtos de apoio, como por exemplo dispositivos de pressão positiva expiratória, pressão positiva oscilatória e compressão torácica de alta frequência. A PEP mask®, o sistema de PEP Pari®, Baby PEP e Buble PEP (ou similares) são exemplos de dispositivos de pressão positiva expiratória. O flutter®, acapella®, RC Cornet® (ou similares) são dispositivos de pressão positiva oscilatória e o *high-frequency chest wall oscillation (HFCWO) vests é utilizado para a* compressão torácica de alta frequência.

Osman , Roughton , Hodson , & Pryor (2010) realizaram um estudo com o objetivo de comparar os efeitos de curto prazo do *high-frequency chest wall oscillation (HFCWO) vests* com as outras técnicas de desobstrução das vias aéreas, em pessoas com fibrose quística, hospitalizadas por infeção respiratória, através da medição do peso total das secreções, espirometria e saturação periférica de oxigénio, e da avaliação de

outros fatores como a eficácia percebida, o conforto, a incidência de perda de urina e a preferência. A análise dos dados permitiu obter os seguintes resultados de 29 pessoas (72% homens) com idade média de 29,4 anos, e com média de FEV<sub>1</sub>(%) 38: (1) a expulsão, de significativamente, mais expectoração, durante uma única sessão de terapia com as técnicas habituais, e durante um período de 24h (diferença média 4,4 g e 6,9 g, respetivamente), do que com HFCWO ( $p < 0,001$ ); (2) não se verificou nenhuma mudança significativa em FEV<sub>1</sub>% ou na saturação de oxigénio, após a utilização do HFCWO ou com as terapias habituais, em comparação com os valores basais; (3) 17 pacientes (55%) manifestaram preferência pelas suas técnicas habituais.

Perante as orientações da CFF sobre a implementação de terapias de limpeza das vias aéreas, desde o diagnóstico, é esperado, que na idade adulta, a pessoa com FQ conheça todas as técnicas e produtos de apoio disponíveis. E, desta forma, consiga considerar mais do que uma técnica eficiente, incluindo-a (s) na sua rotina diária, adaptando à escola, trabalho e família (Lester & Flume, 2009).

Kerem, Conway, Elborn, & Heijerman (2005) apresentaram um consenso sobre padrões de intervenção à pessoa com FQ, com o objetivo de definir normas para avaliação regular, monitorização e tratamento da pessoa com FQ, para os vários centros europeus.

Neste documento, salientam a importância do seguimento em centros de referência e de uma intervenção, com abordagem multidisciplinar, à pessoa com FQ, e família, para a otimização dos cuidados e resultados. A equipa multidisciplinar deverá reunir profissionais especializados e experientes, de várias especialidades, tais como médicos, *Cystic Fibrosis nurse*<sup>1</sup>, dietistas, fisioterapeutas, assistentes sociais, farmacêuticos e microbiologistas, que devem servir como recurso para treino, educação, desenvolvimento e suporte para outros profissionais envolvidos na assistência à pessoa com fibrose quística, incluindo os colegas noutros centros de especialidade e/ou noutros hospitais, que deem continuidade aos cuidados.

Os *Cystic Fibrosis specialist nurse* são profissionais que devem dedicar todo, ou quase todo, o seu tempo, na assistência à pessoa com FQ, sua família e profissionais envolvidos. As suas funções e responsabilidades são (1) defender a pessoa com FQ, (2) estar atualizado com as técnicas de tratamento, (3) manter as aptidões de práticas

---

<sup>1</sup> *Cystic Fibrosis nurses* – denominação de especialidade em enfermagem a nível internacional, mas inexistente em Portugal; Título atribuído a enfermeiros que cuidam regularmente de doentes com fibrose quística (*in* <https://www.ecfs.eu/projects/insg-cf/constitution>)

clínicas e ensinar, (4) promover o desenvolvimento profissional, (5) Apoiar e aconselhar, (6) Educar e pesquisar e (7) estabelecer uma relação terapêutica, com a pessoa e família, de forma a assegurar que cada pessoa recebe o cuidado ideal para as suas necessidades individuais. Os enfermeiros especializados devem coordenar os cuidados entre a pessoa e a família, serviços comunitários e hospitalares, através do apoio e aconselhamento, utilizando as suas competências enquanto educador, cuidador consistente, conselheiro e confidente (Kerem et al., 2005).

Na doença crónica, a adesão às terapias diárias é um desafio para algumas famílias que tendem a ser seletivas e inconsistentes sobre as terapias que adotam. A responsabilização requer paciência e perseverança, assim como engenho e ciência, que poderá ser denominada de arte (Fitzgerald, 2014).

Apesar da evolução considerável das opções de tratamento, a FQ continua a ser uma doença progressiva e incurável, contudo, os avanços da tecnologia permitiram que os adolescentes e os seus pais defrontem o desafio de definir os seus objetivos futuros, que podem incluir a universidade, a carreira profissional, os relacionamentos sociais e o casamento. Desta forma, urge a pertinência de abordar as questões relacionadas com a sexualidade, casamento, reprodução e a escolha de uma profissão, pretendendo-se que os jovens definam os seus objetivos de vida e vivam de acordo com o que a sua doença permite, assumindo a gestão da mesma, maximizando o seu potencial, de forma a tornarem-se adultos independentes (Hockenberry & Wilson, Wong, *Enfermagem da Criança e do Adolescente*, 2014).

Chang & Johnson (2014) expõem que o Enfermeiro para promover cuidados diferenciados à pessoa com doença crónica, e sua família, tem de ser detentor de um corpo de conhecimentos e habilidades específicas, e compreender qual o significado de viver com essa condição, reconhecendo quais as necessidades desta pessoa e família.

Sendo difícil avaliar o real impacto da doença crónica, perante a perspetiva do doente, da família, da comunidade e o encargo financeiro envolvente para todos, podemos verificar que viver com uma doença crónica implica a adaptação e a gestão da sua condição, no sentido de prevenir as complicações e agravamento, para o resto da sua vida. Desta forma, é espectável que a pessoa seja mais vulnerável a hospitalizações, por agudização da sua doença crónica, tendo como consequências a diminuição dos dias de produtividade, redução da qualidade de vida, custos para a comunidade, responsabilidade para a família e disrupção da rotina (Chang & Johnson, 2014).

A gestão da FQ, enquanto doença, pode ser emocionalmente e fisicamente desafiador para o doente e sua família. A doença e os tratamentos influenciam a capacidade de enfrentar as tarefas do dia-a-dia e eventos inesperados da vida. Embora o aumento da sobrevida esteja relacionado com a melhoria do regime terapêutico, os doentes continuam a considerar que este é muito exigente (Nolibi, et al., 2011).

A reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas a maximizar o seu potencial funcional, tendo em conta a sua condição de saúde.

America Thoracic Society (ATS) define a reabilitação pulmonar como uma abordagem multimodal e multidisciplinar, que pretende melhorar a capacidade funcional e qualidade de vida das pessoas, com doença pulmonar crónica. Os exercícios de *endurance* constituem o pilar dos programas de reabilitação, e associado a estes surge uma maior compreensão do processo da doença, melhoria das competências e a concentração na capacitação do doente para a autogestão (Carlin, Casaburi, Haggerty, Katz, & Sy, 2009).

A reeducação funcional respiratória é definida como a terapêutica que utiliza fundamentalmente o movimento na sua intervenção, com o objetivo de restabelecer o padrão funcional da respiração, atuando essencialmente nos fenómenos mecânicos da respiração, através de vários exercícios respiratórios.

Desta forma, pretende prevenir e corrigir alterações do esqueleto e músculos, reduzir a tensão psíquica e muscular, assegurar a permeabilidade das vias aéreas, prevenir e corrigir os defeitos ventilatórios, melhorando a distribuição e ventilação alveolar, melhorar a *performance* dos músculos respiratórios e reeducar no esforço. Cada programa de reabilitação respiratória deverá ser individualizado, tendo em conta vários fatores, como a doença, a pessoa, local de realização e os meios disponíveis (Cordeiro & Menoita, 2012).

A prática de enfermagem requer uma abordagem sistemática centrada na pessoa, e baseada em modelos conceptuais de enfermagem. Considerando que a FQ condiciona a pessoa no desenvolvimento do autocuidado, este torna-se um conceito central em enfermagem, pelo que considero a teoria Geral do Autocuidado, de Dorothea Orem, a mais estruturante para o desenvolvimento do meu projeto de formação.

O Autocuidado foi teorizado pela primeira vez por Orem (2001), em 1958, que o descreve como as ações positivas e deliberadas que a pessoa realiza em seu benefício,

para a manutenção da vida, saúde e bem-estar. Desta forma, o autocuidado torna-se uma responsabilidade da pessoa e sua família, que inclui a promoção para a saúde e bem-estar e a procura de tratamento da doença, quando esta surge, e está sujeito à influência de diversos fatores internos, relacionados com a singularidade do ser humano, e externos, relacionados com o ambiente e recursos.

A sua teoria é baseada em cinco premissas que podem ser resumidas em informação deliberada e contínua, empoderamento, privações e limitações no agir, decisão e responsabilidade. A autora formulou a teoria geral de enfermagem sobre o autocuidado, a qual é constituída por três bases teóricas relacionadas: autocuidado; défice de autocuidado e sistemas de enfermagem, identificando três classificações de sistemas de enfermagem - sistema totalmente compensatório, sistema parcialmente compensatório e o sistema de apoio-educação (Orem, 2001).

Desta forma, a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), na pessoa com FQ e família, compreende assim vários pilares: (1) a adaptação e a gestão da sua condição de saúde, promovendo o auto cuidado; (2) prevenir as complicações e agravamento das suas limitações; (3) promover a reintegração na comunidade (4) promover a qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2010).



## **2. COMPETÊNCIAS, OBJETIVOS E ATIVIDADES A DESENVOLVER**

Constituindo a reeducação funcional respiratória uma terapêutica essencial, em todos os doentes com FQ, considero fundamental, como futura EEER, desenvolver competências nesta área, que me habilitem a planear e implementar cuidados especializados, que promovam a capacitação dos doentes na gestão da doença respiratória crónica, maximizando o potencial da sua condição de saúde, através da promoção de autocuidado.

Desta forma, tendo como referência o regulamento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, relembro os objetivos gerais propostos:

Desenvolver competências na prestação de cuidados à pessoa com FQ, na área da reabilitação respiratória, promovendo o autocuidado e

Desenvolver competências para a prestação de cuidados, promovendo o autocuidado, à pessoa com limitações sensório – motoras e/ou de eliminação.

A concretização do projeto delineado implica a realização de um estágio, em contexto hospitalar e domiciliário. No quadro 1 estão descritas as principais características de cada serviço, das instituições envolvidas, com o intuito de justificar a pertinência do local de estágio, no âmbito deste projeto.

**Quadro 1: Instituições envolvidas e justificação**

<b>Instituição</b>	<b>Justificação</b>
<b>Unidade de Reabilitação Respiratória</b>	<p>Está integrada numa instituição universitária de referência do Serviço Nacional de Saúde, desempenhando funções diferenciadas na prestação de cuidados de saúde, de formação pré, pós-graduada e continuada, bem como na área da investigação, pelo que é um centro de referência diferenciada em múltiplas áreas clínicas, no contexto regional, nacional e dos países de expressão portuguesa;</p> <p>Permite observar as funções e atividades do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, predominantemente na área da reeducação funcional respiratória, no contexto da equipa multidisciplinar;</p> <p>O grupo alvo de cuidados de reabilitação é a pessoa com patologia respiratória, em contexto de ambulatório e/ou em regime de internamento;</p> <p>Integra um dos pólos do Centro Especializado de Fibrose Quística, sendo considerado um centros de referência no tratamento desta doença - o Centro de Adultos (Cardim, 2012);</p> <p>Dispõe de um espaço de consulta individualizado, de acordo com os requisitos exigidos pela European Cystic Fibrosis Society e orientações internacionais e, neste contexto, funciona com uma equipa multidisciplinar incluindo pediatras, pneumologistas, enfermeiros peritos (generalistas e especialistas em reabilitação), dietistas, psicólogos e assistentes sociais, com implementação de programas de transição da Pediatria para o serviço de Adultos e de seguimento dos adultos com FQ (Cardim, 2012);</p>
<b>Serviço de Reabilitação Pediátrica</b>	<p>Serviço de Reabilitação Pediátrica e de Desenvolvimento;</p> <p>É um serviço onde são admitidas crianças e jovens até aos 18 anos, com patologias do foro neurológico, nomeadamente com paralisia cerebral, traumatismo craniano, lesão vertebro medular, entre outras;</p> <p>Permite observar as funções e atividades do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, predominantemente na área da reeducação funcional motora, sensorial e cognitiva, no contexto da equipa multidisciplinar;</p> <p>É um serviço que proporciona a oportunidade de prestar cuidados à criança com alterações neurológicas, com o objetivo de promover o autocuidado da criança e família envolvendo o(s) cuidador(es) na prestação de cuidados.</p>
<b>Equipa Cuidados Continuados Integrados</b>	<p>Equipa que presta cuidados em contexto domiciliário, maximizando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da reabilitação, readaptação, reinserção familiar e social;</p> <p>Permite observar as funções e atividades do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, na área da reeducação funcional respiratória, motora, sensorial e cognitiva, no contexto do domicílio e comunidade;</p>

Tendo em conta os domínios de competências e respetivas unidades de competências, definidas no regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do EEER, da Ordem dos Enfermeiros<sup>2</sup>, (OE) apresento os objetivos específicos, as respetivas atividades que pretendo desenvolver, os recursos necessários e os critérios de avaliação.

Para facilitar a visualização do planeamento do projeto optei por o fazer de forma esquemática. Desta forma, elaborei quatro quadros, seguidamente apresentados, referentes aos vários domínios de competências (quadro 2, 3, 4 e 5), e por referenciar apenas os domínios e as competências, de acordo com a terminologia utilizada no documento supracitado, não especificando as respetivas unidades de competência. Durante a elaboração do quadro, constatei que as competências específicas intersectavam as competências comuns, pelo que se pode verificar a união de várias num objetivo comum.

O período de estágio pretende promover o desenvolvimento das atividades propostas, para a concretização dos objetivos delineados, no percurso de formação. O cronograma por objetivos (Apêndice III), pretende organizar o desenvolvimento das competências, ao longo do período de estágio, e de acordo com os locais escolhidos.

---

<sup>2</sup> Regulamentos n.º 122/2011 e n.º 125/2011, publicados em Diário da República, 2.ª série, N.º 35 de 18 de Fevereiro de 2011

## Quadro 2: Domínio da responsabilidade profissional ética e legal e competências específicas do EEER

<b>Competência A1 - Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção</b> <b>Competência A2 - Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais</b> <b>Competência J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida em todos os contextos da prática de cuidados</b>				
Objetivos Específicos	Atividades	Indicadores de avaliação	CrITÉrios de avaliação	Recursos
<p>1. Desenvolver uma prática profissional e segura, baseada em princípios éticos e deontológicos na área de enfermagem de reabilitação;</p> <p>2. Fortalecer a iniciativa e responsabilidade perante a tomada de decisão, relativas à área de especialização, respeitando os valores, costumes e crenças da pessoa e família;</p> <p>3. Analisar as funções e atividades do EEER na prestação de cuidados à criança, com limitações respiratórias, sensoriomotoras e de eliminação, e sua família;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integração na dinâmica dos locais de estágio, nomeadamente na equipa multidisciplinar;</li> <li>• Identificação dos recursos existentes e respetiva utilização, adequando aos cuidados prestados;</li> <li>• Conhecimento de normas, protocolos e instrumentos de avaliação existentes, nos diferentes contextos de estágio;</li> <li>• Análise das situações clínicas e participação adequada na tomada de decisão, com a enfermeira orientadora e restante equipa, com base em princípios éticos e deontológicos, considerando os valores, costumes e crenças da pessoa;</li> <li>• Adoção de estratégias de sigilo profissional;</li> <li>• Observação e análise das funções e atividades do EEER na prestação de cuidados à criança, com limitações respiratórias, sensoriomotoras e de eliminação, e sua família;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter demonstrado conhecer os diferentes contextos de estágio, sua organização e dinâmica, e recursos disponíveis;</li> <li>• Ter conhecido as normas e os protocolos do serviço e atua de acordo com as suas orientações;</li> <li>• Ter demonstrado iniciativa na tomada de decisão, com base no raciocínio clínico e mobilização de princípios éticos e morais, respeitando os valores, costumes e crenças da pessoa e família;</li> <li>• Ter demonstrado capacidade de análise, participando na tomada de decisão, centrada na parceria de cuidados, em contexto da equipa multidisciplinar;</li> <li>• Ter analisado as funções e atividades do EEER na prestação de cuidados à criança, com alterações sensoriomotoras e de eliminação, e sua família;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Em que medida a integração, o conhecimento dos recursos, de normas, instrumentos e protocolos, nos locais de estágio contribuíram para o desenvolvimento da prática profissional na área de enfermagem de reabilitação?</li> <li>• De que forma a análise das situações clínicas ajudaram na tomada de decisão?</li> <li>• Em que medida a observação das atividades do EEER na prestação de cuidados à criança, com limitações respiratórias, sensoriomotoras e de eliminação, e sua família, contribuíram para a análise das suas funções?</li> </ul>	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeiros especialistas em reabilitação e orientadores nos diferentes locais de estágio;</li> <li>• Docente orientador;</li> <li>• Equipa de enfermagem;</li> <li>• Pessoa e família.</li> </ul> <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Código deontológico do Enfermeiro e legislação reguladora da prática;</li> <li>• Publicações da temática ética e deontológica;</li> <li>• Normas, protocolos do serviço, Brochuras e folhetos, instrumentos de colheita de dados e avaliação da pessoa, utilizados nos</li> </ul>

<p>4. Desenvolver o processo de enfermagem, na prestação de cuidados, com base na teoria geral do auto cuidado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta do processo clínico e colheita de dados para identificação das necessidades de promoção do autocuidado;</li> <li>• Identificação dos recursos da pessoa e família, e comunidade, onde se insere;</li> <li>• Avaliação da capacidade funcional e potencial de reabilitação da pessoa, com vista à promoção do autocuidado;</li> <li>• Elaboração e implementação do plano de cuidados de enfermagem de reabilitação;</li> <li>• Avaliação das intervenções efetuadas e atualização do plano de cuidados;</li> <li>• Elaboração de registos que concedam visibilidade aos cuidados prestados, na área de enfermagem de reabilitação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter identificado as necessidades de autocuidado da pessoa, através da colheita de dados e consulta do processo clínico;</li> <li>• Ter demonstrado conhecimentos sobre a implementação e validação dos diferentes instrumentos de avaliação;</li> <li>• Ter elaborado e implementado o plano de cuidados de enfermagem de reabilitação, em parceria com a pessoa e família;</li> <li>• Ter avaliado os cuidados prestados e reformula os planos de cuidados sempre que necessário;</li> <li>• Ter efetuado registos objetivos e sucintos utilizando linguagem científica, visando a visibilidade aos cuidados do enfermeiro de reabilitação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Em que medida a implementação do processo de enfermagem facilitou a promoção do autocuidado?</li> <li>• De que modo os registos efetuados deram visibilidade aos cuidados prestados?</li> </ul>	<p>diferentes locais de estágio e outros que se considere relevantes;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bibliografia sobre conteúdos científicos, na área da reabilitação.</li> </ul> <p><u>Físicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade de Reeducação Funcional Respiratória do CHLN – HSM;</li> <li>• UCCI, ACES Oeste Sul - UCCI de Mafra - Enxara do Bispo;</li> <li>• CMRAIcoitão - serviço de pediatria)</li> </ul>
---	---	--	--	---

### Quadro 3: Domínio da melhoria da qualidade e competências específicas do EEER

<b>Competência B2 - Concebe, Gere e Colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;</b> <b>Competência B3 - Cria e mantém um ambiente seguro.</b> <b>Competência J2 - Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania</b>				
<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Atividades</b>	<b>Indicadores de avaliação</b>	<b>CrITÉrios de Avaliação</b>	<b>Recursos</b>
<p>5. Colaborar na implementação dos projetos e programas de melhoria da qualidade;</p> <p>6. Desenvolver a capacidade de mobilização e utilização da melhor evidência na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação;</p> <p>7. Promover um ambiente terapêutico seguro na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa, e família, em contexto de estágio;</p> <p>8. Prestar cuidados de reabilitação à pessoa com doença respiratória crónica e/ou com limitações sensorio – motoras e de eliminação, promovendo o auto</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecimento acerca do projeto de acreditação da consulta do Adulto com FQ, da Unidade de Reeducação Funcional Respiratória do CHLN – HSM, e doutros projetos em curso, nos vários locais de estágio;</li> <li>• Colaboração na consulta de seguimento do adulto com FQ, da Unidade de Reeducação Funcional Respiratória do CHLN – HSM e em outros projetos ou programa em desenvolvimento, nos vários locais de estágio;</li> <li>• Desenvolvimento da capacidade de aceder à evidência científica disponível, nomeadamente nas plataformas de pesquisa e sites de referência internacional, de forma a colmatar as necessidades sentidas;</li> <li>• Realização de folheto ou brochura ou poster, de acordo com as necessidades, dos vários locais de estágio;</li> <li>• Identificação dos fatores de risco que coloquem em causa a segurança da pessoa ou cuidadores, e intervir em</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter demonstrado conhecimento acerca do projeto de acreditação da consulta do Adulto com FQ, da Unidade de Reeducação Funcional Respiratória do CHLN – HSM, e reflete sobre a sua prestação;</li> <li>• Ter identificado outros projetos em curso, nos vários locais de estágio, e colabora no desenvolvimento ou implementação dos mesmos;</li> <li>• Ter utilizado conhecimentos baseados em evidência científica, na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, e empreende ações que visem a qualidade de cuidados;</li> <li>• Ter identificado fatores de risco para a segurança do doente e para a qualidade dos cuidados prestados;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Em que medida o recurso à melhor evidência científica e a colaboração nos projetos e programas vigentes nos locais de estágio, contribuíram para a melhoria da qualidade, na prestação de cuidados?</li> <li>• De que forma a identificação dos fatores de risco e a adoção de comportamentos seguros favoreceram a promoção de um ambiente terapêutico seguro?</li> <li>• Em que medida a instrução, prática e treino com a pessoa/família dos produtos de apoio, no</li> </ul>	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeiros especialistas em reabilitação e orientadores nos diferentes locais de estágio;</li> <li>• Docente orientador;</li> <li>• Equipa de enfermagem;</li> <li>• Pessoa e família.</li> </ul> <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentação sobre os projetos e/ou programas vigentes nos locais de estágio;</li> <li>• Bibliografia sobre conteúdos científicos, na área da reabilitação.</li> </ul> <p><u>Físicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade de Reeducação Funcional Respiratória do CHLN – HSM;</li> <li>• ACES Oeste Sul - UCCI de Mafra - Enxara do Bispo;</li> <li>• CMRAIcoitão -</li> </ul>

<p>cuidado nas atividades de vida, com as adaptações necessárias às suas limitações;</p> <p>9. Identificar medidas que promovam a segurança, a mobilidade, a acessibilidade e a participação social, de acordo com as necessidades da pessoa e vontade.</p>	<p>conformidade;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adoção de comportamentos seguros na prestação de cuidados;</li> <li>• Seleção adequada dos produtos de apoio necessários, de acordo com a condição de saúde da pessoa;</li> <li>• Instrução, prática e treino com a pessoa/família dos produtos de apoio, no âmbito da reeducação motora e/ou reeducação funcional respiratória, promovendo o autocuidado;</li> <li>• Identificação das barreiras arquitetónicas do meio envolvente (internamento e comunidade), que possam comprometer a funcionalidade da pessoa;</li> <li>• Sugestão de estratégias que visem eliminar ou diminuir o impacto das barreiras identificadas;</li> <li>• Conhecimento sobre os apoios legislados da pessoa com doença crónica mediante a pesquisa sobre a legislação em vigor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter demonstrado empatia e disponibilidade à pessoa/família, na prestação de cuidados;</li> <li>• Ter identificado e adequado os produtos de apoio necessários, de acordo com a condição de saúde da pessoa;</li> <li>• Ter procedido à instrução, demonstração e treino com a pessoa, e família, dos diferentes produtos de apoio, no âmbito da reeducação motora e/ou da reeducação funcional respiratória, promovendo o autocuidado;</li> <li>• Ter validado os ensinamentos efetuados;</li> <li>• Ter identificado as estratégias que promovem a mobilidade, a acessibilidade e participação social, de acordo com as necessidades da pessoa e vontade;</li> <li>• Ter conhecido e utilizado a legislação relativa à pessoa com doença crónica.</li> </ul>	<p>âmbito da reeducação motora e/ou reeducação funcional respiratória, promoveram o autocuidado?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De que forma as estratégias identificadas e a utilização da legislação em vigor, contribuíram para a promoção da segurança, mobilidade, acessibilidade e participação social da pessoa?</li> </ul>	<p>serviço de pediatria</p>
---	--	--	--	-----------------------------

#### Quadro 4: Domínio da gestão dos cuidados e competências específicas do EEER

<b>Competência C1- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e articulação na equipa multiprofissional;</b> <b>Competência J3 - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</b>				
<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Atividades</b>	<b>Indicadores de avaliação</b>	<b>Crítérios de Avaliação</b>	<b>Recursos</b>
<p>10.Participar na gestão dos cuidados de reabilitação, nos vários contextos de estágio, garantindo a segurança e qualidade das atividades delegadas;</p> <p>11.Integrar programas de treino motor e cardiorrespiratório, no dia-a-dia, dos doentes com doença respiratória crónica e/ou com limitações sensório – motoras e de eliminação;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestão dos cuidados de reabilitação prestados, e respetiva priorização, de acordo com as necessidades identificadas, considerando as diferentes situações clínicas;</li> <li>• Desenvolvimento de ações de formação formais ou informais, na área da reabilitação, considerando as necessidades de formação dos enfermeiros, nos diferentes locais de estágio;</li> <li>• Delegação criteriosa de cuidados de reabilitação;</li> <li>• Supervisão e avaliação dos cuidados prestados, em situação de delegação;</li> <li>• Pesquisa bibliográfica sobre <i>guidelines</i> e programas de treino motor e cardiorrespiratório;</li> <li>• Elaboração e implementação de programas de reabilitação personalizados, valorizando a motivação do doente;</li> <li>• Avaliação dos resultados obtidos e reformulação do programa de treino instituído, sempre que necessário;</li> <li>• Instrução, prática e treino com a pessoa, e família, das técnicas específicas, no âmbito da reeducação motora e/ou da reeducação funcional respiratória, promovendo o autocuidado;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter gerido e priorizado os cuidados de reabilitação prestados, garantindo a segurança e qualidade dos mesmos;</li> <li>• Ter desenvolvido estratégias para a promoção da segurança e qualidade de cuidados delegados, tais como a delegação criteriosa de cuidados de reabilitação, supervisão e avaliação dos mesmos, analisando as necessidades de formação dos intervenientes;</li> <li>• Ter elaborado, implementado e avaliado programas de reabilitação, integrados no plano de cuidados geral, tendo em conta a promoção do autocuidado;</li> <li>• Ter procedido à instrução, demonstração e treino com a pessoa, e família, acerca das técnicas específicas, no âmbito da reeducação motora, reeducação funcional respiratória e promoção do autocuidado;</li> <li>• Ter validado os ensinamentos efetuados;</li> <li>• Ter demonstrado segurança e evolução da destreza manual, na realização de técnicas específicas do enfermeiro de reabilitação;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Em que medida a gestão e priorização dos cuidados de reabilitação, bem como as atividades delegadas foram pertinentes?</li> <li>• De que forma a valorização da motivação do doente ajudou na elaboração e implementação de programas de reabilitação?</li> <li>• De que forma os programas de treino motor e cardiorrespiratório, foram integrados no dia-a-dia, dos doentes com doença respiratória crónica e/ou com limitações sensório – motoras e de eliminação?</li> </ul>	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- EEER e orientadores nos diferentes locais de estágio;</li> <li>- Docente orientador;</li> <li>- Equipa de enfermagem;</li> <li>- Pessoa e família.</li> </ul> <p><u>Materiais:</u></p> <p>Normas, protocolos do serviço, Brochuras e folhetos utilizados nos diferentes locais de estágio e/ou outros que se considere relevantes;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bibliografia sobre Conteúdos científicos na área da reabilitação.</li> </ul> <p><u>Físicos:</u></p> <p>Unidade de Reeducação Funcional Respiratória do CHLN – HSM; ACES Oeste Sul</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- UCCI de Mafra</li> <li>- Enxara do Bispo;</li> <li>CMRA - serviço de pediatria</li> </ul>



### Quadro 5: Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

<b>Competência D1 – desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.</b> <b>Competência D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.</b>				
<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Atividades</b>	<b>Indicadores de avaliação</b>	<b>CrITÉrios de avaliação</b>	<b>Recursos</b>
<p>12.Desenvolver capacidades para o autoconhecimento, com o intuito de reconhecer fatores que possam interferir com as relações terapêuticas e profissionais estabelecidas;</p> <p>13.Basear a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolvimento da iniciativa, segurança e assertividade, na prestação de cuidados e perante a equipa multidisciplinar;</li> <li>• Desenvolvimento de estratégias para o autoconhecimento;</li> <li>• Reuniões periódicas com o enfermeiro orientador e docente orientador, com intuito obter feedback do desempenho, analisando os aspetos positivos e a melhorar, perante a prestação de cuidados;</li> <li>• Articulação dos saberes teóricos com a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação;</li> <li>• Análise crítica de situações clínicas, promovendo a consolidação dos saberes teóricos;</li> <li>• Elaboração de jornais de aprendizagem 2º ciclo de Gibbs;</li> <li>• Elaboração de planos de cuidados de enfermagem de reabilitação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demonstra iniciativa, segurança e assertividade, na prestação de cuidados e perante a equipa multidisciplinar;</li> <li>• Reconhece as suas capacidades e dificuldades sentidas e analisa os fatores condicionantes da aprendizagem, identificando os aspetos a melhorar;</li> <li>• Demonstra consolidação de saberes teórico-práticos, em contexto de prestação de cuidados de enfermagem especializados, perante o enfermeiro orientador, equipa multidisciplinar e docente orientador.</li> </ul>	<p>De que forma a análise de incidentes críticos, refletem o desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade?</p> <p>Em que medida a articulação teórico-prática promoveu uma práxis clínica especializada?</p>	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeiros especialistas em reabilitação e orientadores nos diferentes locais de estágio;</li> <li>• Docente orientador;</li> <li>• - Equipa de enfermagem;</li> <li>• - Pessoa e família.</li> </ul> <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bibliografia sobre Conteúdos científicos na área da reabilitação e pedagogia.</li> </ul> <p><u>Físicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- locais de estágio - Unidade de Reeducação Funcional Respiratória do CHLN – HSM; ACES Oeste Sul - UCCI de Mafra - Enxara do Bispo; CMRA - serviço de pediatria</li> </ul>

### **3. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A elaboração do presente projeto implicou uma reflexão sobre o meu percurso profissional e aprendizagens realizadas ao longo deste ano curricular, permitindo definir as competências, os objetivos e as atividades a desenvolver, traçando um percurso para facilitar o meu processo de aprendizagem e o desenvolvimento de competências inerentes ao enfermeiro especialista.

Durante este trabalho senti como principais dificuldades a demonstração da intervenção do EEER na pessoa com fibrose quística, e família, pela falta de identificação de estudos realizados, que fundamentem os benefícios da reeducação respiratória junto desta população alvo, realizados por EEER. O limite de páginas e a disponibilidade de tempo foram também fatores condicionantes, que me limitaram no desenvolvimento da revisão crítica da literatura, nomeadamente sobre a evidência científica disponível sobre a eficácia dos produtos de apoio na RFR, impacto da doença crónica no bem-estar da pessoa, e família, e adesão terapêutica.

Contudo, considero que os conteúdos abordados tornaram-se numa ferramenta essencial para a realização do estágio, que irá decorrer no 3.º semestre, pois delimitam o caminho que pretendo percorrer, no desenvolvimento de novos saberes, técnicas, e princípios da práxis, na promoção do autocuidado à pessoa e família, com FQ. Por último, este projeto não pretende ser um trabalho estático mas sim dinâmico, sendo previsível que venha a sofrer alterações, de acordo com as aprendizagens realizadas e experiências vividas, em período de estágio.

#### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cardim, P. (2012). *Fibrose Quística - Centro Especializado no Tratamento da Fibrose Quística*. Obtido em 17 de junho de 2014, de news@fmul: <http://news.fm.ul.pt/Content.aspx?tabid=92&mid=700&cid=2119>

Carlin, B., Casaburi, R., Haggerty, M., Katz, S., & Sy, A. (junho de 2009). *Pulmonary Rehabilitation*. Obtido em 4 de julho de 2014, de America Thoracic Society: <http://www.thoracic.org/clinical/best-of-the-web/pages/patient-care/pulmonary-rehabilitation.php>

Chang, E., & Johnson, A. (2014). *Chronic Illness & Disability - principles for nursing practice* (2.º ed.). Australia: Elsevier Australia.

Cordeiro, M. d., & Menoita, E. C. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas*. Loures: Lusociência.

Direção Geral da Saúde. (2014). *Tratamento e Seguimento da Fibrose Quística*. Obtido em 16 de maio de 2014, de Direção-Geral da Saúde: <http://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-as-doencas-respiratorias/publicacoes.aspx>

Fitzgerald, D. A. (1 de março de 2014). Increased daily activity in cystic fibrosis: time to break out the prescription pad? *European Respiratory Journal*, 43 (3), pp. 675-677.

Flume, P., Robinson, K., O'Sullivan, B., Finder, J., Vender, R., Willey-Courand, D.-B., . . . Marshall, B. (Abril de 2009). Cystic Fibrosis Pulmonary Guidelines: Airway Clearance Therapies. *RESPIRATORY CARE*, 54( 4): 522 - 527.

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. Loures: Lusociência.

Kerem, E., Conway, S., Elborn, S., & Heijerman, H. (2005). Standards of care for patients with cystic fibrosis: a European consensus. *Journal of Cystic Fibrosis* (4):7-26.

Lester, M. K., & Flume, P. A. (junho de 2009). Airway-clearance therapy guidelines and implementation. *Respiratory Care*, 54 (6), pp. 733-753.

Lopes, L., Marcão, A., Carvalho, I., Sousa, C., Fonseca, H., Rocha, H., & Vilarinho, L. (28 de março de 2014). *Repositório Científico do Instituto Nacional de Saúde*. Obtido em 30 de junho de 2014, de Web site do Instituto Nacional de Saúde: <http://hdl.handle.net/10400.18/2264>

Lopes, L., Marcão, A., Carvalho, I., Sousa, C., Fonseca, H., Rocha, H., & Vilarinho, L. (17 de janeiro de 2014). *Repositório Científico do Instituto Nacional de*

Saúde - DGH - Posters/ abstrats em congressos nacionais. Obtido em 30 de junho de 2014, de Web site do Instituto Nacional de Saúde: <http://hdl.handle.net/10400.18/2195>

Nolibi, R., Duff, A. J., Ullrich, G., Smrekar, U., Havermans, T., Bryon, M., . . . Malmborg, M. S. (2011). Guiding principles on how to manage relevant psychological aspects within a CF team: Interdisciplinary approaches. *Journal of Cystic Fibrosis*, 10, pp. 45-52.

Ordem dos Enfermeiros. (18 de 09 de 2010). *Legislação da OE - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Obtido em 10 de 06 de 2014, de Web site da Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx>

Orem, D. E. (2001). *NURSING: Concepts of practice* (6.<sup>a</sup> ed.). St. Louis, Missouri: Mosby.

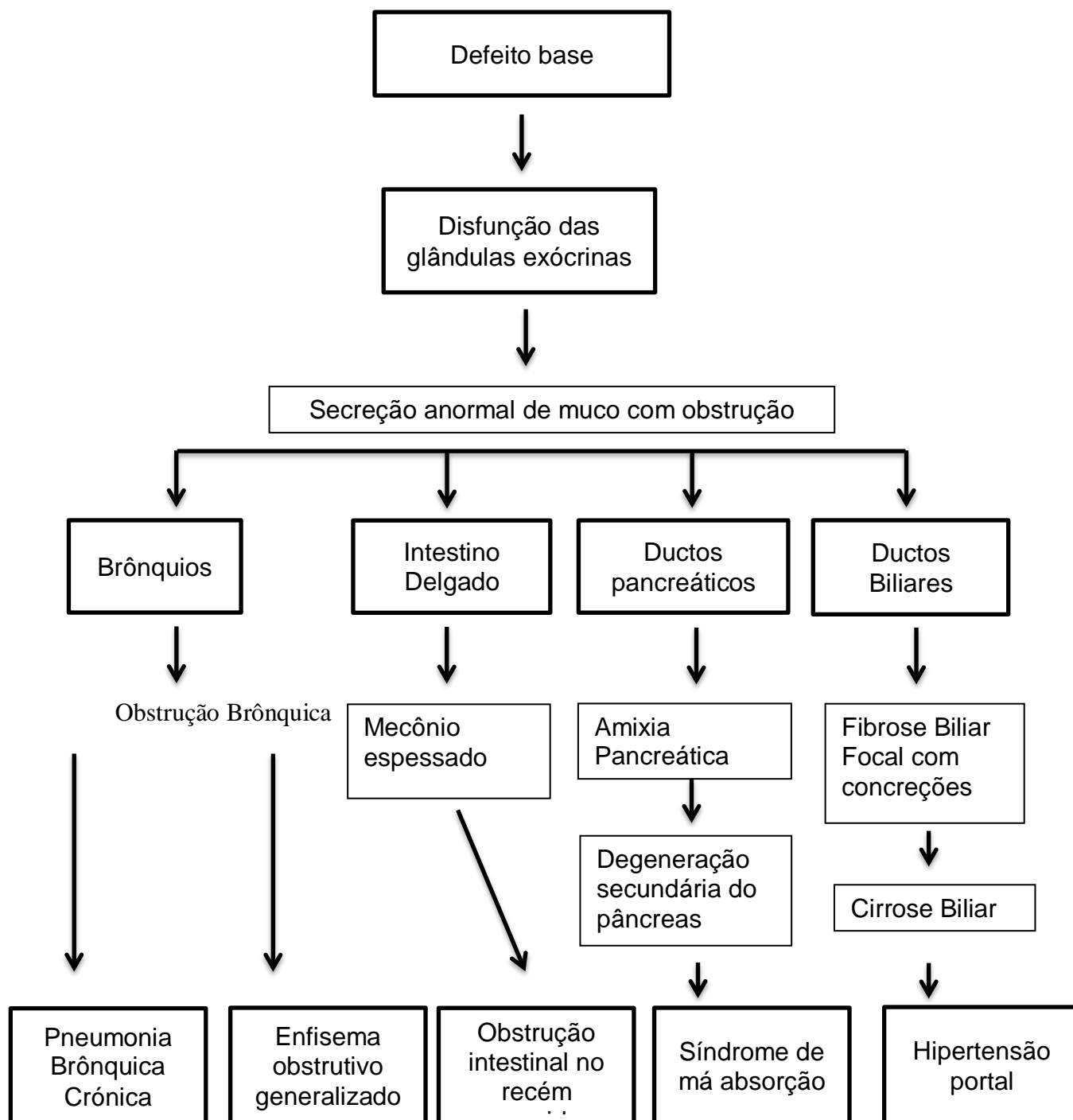
Osman , L. P., Roughton , M., Hodson , M. E., & Pryor, J. A. (2010). Short-term comparative study of high frequency chest wall oscillation and European airway clearance techniques in patients with cystic fibrosis. *Thorax*, 65 (3), pp. 196-200.

Pereira, L., Azevedo, P., Cavaco, J., Felix, M., Gamboa, F., Amorim, A., . . . Barreto, C. (2013). Obtido em 30 de junho de 2014, de European Respiratory Society: [http://www.ersnet.org/learning\\_resources\\_player/abstract\\_print\\_13/main\\_frameset.htm](http://www.ersnet.org/learning_resources_player/abstract_print_13/main_frameset.htm)

## **APÊNDICE 2**

Efeitos da disfunção glandular na fibrose quística

## EFEITOS DA DISFUNÇÃO GLANDULAR NA FIBROSE QUÍSTICA\*



\*in Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). Wong, *Enfermagem da Criança e do Adolescente*, 9.<sup>a</sup> edição. Loures: Lusociência.

### **APÊNDICE 3**

Jornal de Aprendizagem sobre a intervenção do EEER perante a criança ou jovem,  
e sua família, com limitações essencialmente sensoriomotoras e de eliminação



**Curso de Mestrado em Enfermagem**

***Área de Especialização***

***Enfermagem de Reabilitação***

***UC Estágio com relatório***

**Jornal de aprendizagem**

Intervenção do EEER perante a criança ou jovem, e sua família, com limitações  
essencialmente sensoriomotoras e de eliminação

---

**Serviço de Reabilitação Pediátrica**

**Marta Susana Serra Lourenço Esteves**

**Prof.<sup>a</sup> Orientadora - Cristina Saraiva**

**Enf.<sup>a</sup> Orientadora – Cláudia**

**Lisboa**

**2014**





Promover a máxima funcionalidade e a satisfação da pessoa, preservando a sua auto estima, constituem os objetivos gerais da reabilitação.

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER), detentor de saberes transversais das várias áreas de intervenção em reabilitação, integrando a equipa multidisciplinar, deverá reunir várias competências específicas, nomeadamente:

- Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
- Promover a reinserção social da pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação no exercício da cidadania;
- Desenvolver as capacidades da pessoa, maximizando a sua funcionalidade (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

No contexto de um estágio de observação, num serviço de reabilitação pediátrica, durante 3 dias, confrontei-me com uma realidade muito diferente do meu contexto de trabalho. Não eram as características da condição de saúde das crianças e jovens, pois alguns são utentes de ambas as instituições, mas sim a filosofia do cuidar. Desde a dimensão e organização do espaço físico, à intensidade das terapias disponíveis para os utentes, aos recursos materiais e equipamento disponível, à postura e intervenção da equipa de enfermagem e multidisciplinar, todo o serviço está focado numa missão – a maximização da funcionalidade da pessoa.

As crianças e os jovens chegam ao internamento, vindos de casa ou transferidos de outra instituição, com estabilidade clínica, com o objetivo dos mesmos, e respetivos cuidadores, se adaptarem às suas limitações, potenciando as suas capacidades. A rotina diária está centrada nas diversas terapias (fisioterapia, terapia ocupacional, enfermagem de reabilitação, terapia da fala, educação, psicologia), sendo que cada criança ou jovem tem um horário programado a cumprir, como um horário escolar. E tal, como na escola, os resultados são avaliados, pelos vários profissionais envolvidos no processo, e neste caso, discutidos em equipa multidisciplinar, onde reavaliam e ajustam a intervenção regularmente, em reuniões que denominam de Observação de Casos Clínicos.

Perante a oportunidade de presenciar a observação e discussão de vários casos clínicos, pelos vários profissionais que compõem a equipa, fiquei agradavelmente surpreendida pela análise dos resultados observados na criança e jovem, tendo em conta as várias terapias. Nesta circunstância, todos os profissionais revelaram os progressos

ou retrocessos, as capacidades ou dificuldades observadas, nomeadamente o EEER, que teve a oportunidade de manifestar a sua avaliação e sugerir várias intervenções, que foram debatidas e acordadas em equipa.

Perante esta realidade, e trabalhando numa unidade onde cuido de tantas crianças e jovens com limitações respiratórias, sensoriomotoras e de eliminação, e sua família, é-me difícil reconhecer que o que tenho feito para promover a sua funcionalidade, quer na preparação da alta, quer nos momentos de visita domiciliária é muito diminuto.

Trabalhando numa unidade hospitalar de pneumologia pediátrica, o objetivo prioritário é minimizar o esforço da criança ou jovem, pela sua dificuldade e instabilidade respiratória, substituindo-o no esforço, mesmo quando, esta ou este, detém essa capacidade. E por isso, perante o défice de autocuidado na manutenção de ar, que limita a criança ou jovem nas várias atividades, é muito frequente a enfermagem assegurar o funcionamento desejado, num sistema totalmente compensatório ou parcialmente compensatório, independentemente no potencial da criança ou jovem.

Tendo desenvolvido a capacidade de antecipar as necessidades da pessoa e a impulsividade de a substituir, senti que numa abordagem de reabilitação preciso de consciencializar a ideia de não intervir. Mas sim, de usar a minha capacidade de antecipar as necessidades do outro, para facilitar ou promover as condições ideais, ou possíveis, para a intervenção do próprio ou cuidador, encorajando-os no auto cuidado. Percebi que, neste contexto a substituição é um obstáculo à promoção do auto cuidado e da funcionalidade da pessoa.

A filosofia, adotada na unidade onde trabalho, poderá ser relacionada com vários fatores, tais como: a especificidade na intervenção à criança e jovem com patologia respiratória, muitas vezes com instabilidade clínica; a tendência dos pais assumir as atividades de autocuidado, independentemente do potencial da criança/jovem; a inexistência de condições materiais e de equipamentos adequados, entre outras. Contudo, considero que o principal motivo está no foco da nossa atuação, que reside nos cuidados respiratórios, e não nos cuidados de reabilitação. Portanto, a abordagem na apreciação da pessoa não é dirigida à maximização da funcionalidade, e sequencialmente a intervenção também não.

A observação do papel do EEER, integrado numa equipa multidisciplinar, alertou-me não só para este aspeto mas também para a vasta área de conhecimentos necessários na área dos produtos de apoio. Para além, da diversidade dos produtos existentes e

disponíveis atualmente, e respetiva indicação de utilização, verifiquei que é essencial uma avaliação muito dirigida na prescrição dos produtos realmente necessários, para assegurar uma mobilidade funcional nas atividades de autocuidado.

Os produtos de apoio são definidos como qualquer produto, instrumento, equipamento ou sistema técnico usado por uma pessoa com deficiência, especialmente produzido ou disponível que previne, compensa, atenua ou neutraliza a limitação funcional ou de participação. A sua utilização está indicada na pessoa com deficiência e na pessoa com incapacidade temporária (pessoa que por motivo de doença ou acidente encontre, por um período limitado e específico no tempo, dificuldades específicas, que em conjunto com meio envolvente, limitam ou dificultam a sua atividade e participação diária em condições de igualdade com as demais pessoas) (Diário da República, 1.ª série — N.º 74 — 16 de abril de 2009, Acedido a 25/11/14, disponível em <http://www.inr.pt/content/1/633/enquadramento-legal>).

O Decreto-lei n.º 93/2009, de 16 de Abril visa a regulamentação para o sistema de atribuição de produtos de apoio (SAPA), de forma a operacionalizar uma política global, integrada e transversal de resposta às pessoas com deficiência ou com incapacidade temporária, de forma a compensar e atenuar as limitações de atividade e restrições de participação, resultantes da deficiência ou incapacidade temporária. Prevê a atribuição de forma gratuita e universal de produtos de apoio; a gestão eficaz da sua atribuição mediante, designadamente, a simplificação de procedimentos exigidos pelas entidades, a implementação de um sistema informático centralizado e o financiamento simplificado dos produtos de apoio (Diário da República, 1.ª série — N.º 74 — 16 de abril de 2009, Acedido a 25/11/14, disponível em <http://www.inr.pt/content/1/633/enquadramento-legal>).

Os produtos de apoio ou equipamento adaptado são usados para melhorar a função e o acesso aos locais, eliminando barreiras no ambiente ou criando novos ambientes. Desta forma, podem reduzir ou minimizar o impacto das limitações funcionais, acrescentar apoio e estabilidade para promover o equilíbrio e a força, melhorar a flexibilidade e controlo motor e aumentar as capacidades sensoriais. Podem ajudar na cura, no desempenho das atividades de mobilidade, promover a segurança da pessoa ou permitir o regresso à atividade. Para que sua seleção seja apropriada devemos considerar os aspetos físicos, ambientais, culturais, sociais e económicos da pessoa. Sendo que, em relação ao encargo financeiro, devemos ter em conta não só o custo

inicial mas também a manutenção e serviços de reparação, a disponibilidade de peças de substituição, a confiança e durabilidade. Para além do ser sentido necessário, os produtos de apoio devem obedecer a outros critérios, como ajustarem-se à casa ou local de trabalho, sendo que a pessoa ( ou o seu cuidador) deve ter a capacidade de aprender a usa-lo, sentir-se confortável e em segurança, adaptando-se ao seu estilo de vida (Hoeman, S. P., 2011).

Edwards. S. (2004) realça que o mais difícil não é analisar a condição nem identificar o problema, mas sim encontrar a solução adequada às necessidades, desejos, estilo de vida e meio envolvente da pessoa com limitações e seu(s) cuidador(es). Desta forma, considera que os dados obtidos na avaliação são essenciais, para o processo de estabelecimento de prioridades e do compromisso. Sugere como pista útil para a identificação das necessidades e desejos da pessoa e cuidador, a resposta à pergunta inicial de avaliação: qual é o seu problema e o que gostava de fazer sobre ele? – a resposta pretende tornar aparente, se o problema real foi identificado e se as expetativas são realistas ou possíveis, dando origem a um exercício de cooperação com a pessoa e seus cuidadores. Outras questões sugeridas pela autora para evitar a prescrição inadequada de equipamento de suporte são: É necessário? É desejado? Sabem como usá-lo? Ajusta-se ao meio domiciliário? É socialmente aceitável? Tem bom aspeto?

A pessoa com limitações neurológicas apresenta frequentemente alterações do tônus muscular e do movimento, que podem resultar na produção de forças insuficientes e/ou inapropriadas. Uma ortótese ou uma tala é um dispositivo externo projetado para aplicar, distribuir ou remover forças do corpo ou para o corpo, podendo ser usadas para compensar a fraqueza ou a ausência de função muscular ou para resistir à ação, sem oposição de músculos hipertónicos. Desta forma, uma ortótese é necessária para facilitar a estabilidade e/ou o movimento, e portanto a sua função:

- Na pessoa com tônus diminuído é contrapor o peso do membro e estabilizar a(s) articulação(ões) de forma a permitir qualquer movimento intencional;
- Na pessoa com hipertonía é resistir uma força excessiva, devendo ser rígida para impedir movimentos indesejados, causados pelos músculos hipertónicos (Edwards. S. 2004).

Para a pessoa com fibrose quística os produtos de apoio mais referenciados são os específicos para a realização de exercícios de reeducação funcional respiratória. As técnicas e dispositivos terapêuticos recomendados são descritos pela DGS (2014), como por exemplo dispositivos de pressão positiva expiratória, pressão positiva oscilatória e compressão torácica de alta frequência. A PEP mask®, o sistema de PEP Pari®, Baby PEP e Buble PEP (ou similares) são exemplos de dispositivos de pressão positiva expiratória. O flutter®, acapella®, RC Cornet® (ou similares) são dispositivos de pressão positiva oscilatória e o *high-frequency chest wall oscillation (HFCWO) vests* **é utilizado para a** compressão torácica de alta frequência.

Considerando que, na doença crónica, a adesão às terapias diárias é um desafio para algumas famílias que tendem a ser seletivas e inconsistentes sobre as terapias que adotam (Fitzgerald, 2014), é essencial considerar todos os fatores acima mencionados, mantendo uma postura ponderada e sensata no aconselhamento e perseverança na monitorização do cumprimento.

## Bibliografia

Direção Geral da Saúde. (10 de janeiro de 2014). *Tratamento e Seguimento da Fibrose Quística*. Obtido em 16 de maio de 2014, de Direção-Geral da Saúde:  
<http://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-as-doencas-respiratorias/publicacoes.aspx>

Edwards. S. (2004) *Fisioterapia Neurológica*. 2.<sup>a</sup> Edição Loures: Lusociência

Fitzgerald, D. A. (1 de março de 2014). Increased daily activity in cystic fibrosis: time to break out the prescription pad? *European Respiratory Journal*, 43 (3), pp. 675-677.

Hoeman, S. P. (2011). *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados esperados*. Loures: Lusodidacta.

Lei nº 93/2009 de 16 de Abril (2009). Define as bases gerais do Sistema para a Atribuição de Produtos de Apoio. Diário da República, I série, N°74 (16-04-2009) 5232-5236. Acedido em 25/01/14. Disponível em <http://www.inr.pt/content/1/633/enquadramento-legal>

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação. Acedido em 12/01/2014. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf)

## **APÊNDICE 4**

Jornal de Aprendizagem sobre  
a organização da unidade e análise das funções do EEER na ECCI



**Curso de Mestrado em Enfermagem**

*Área de Especialização*

***Enfermagem de Reabilitação***

*UC Estágio com relatório*

**Jornal de aprendizagem**

Organização da unidade e análise das funções do EEER em ECCI

---

**Equipa de Cuidados Continuados Integrados**

**Marta Susana Serra Lourenço Esteves**

**Prof.<sup>a</sup> Orientadora - Cristina Saraiva**

**Enf.<sup>a</sup> Orientadora – Fátima B.**

**Lisboa**

**2014**





Regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros (2010), as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) podem ser resumidas à complexidade de cuidar de pessoas com necessidades especiais, maximizando a sua funcionalidade, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.

Iniciado o estágio no segundo contexto, em prestação de cuidados de reabilitação, na comunidade, inserida numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), senti necessidade de contextualizar a estrutura organizacional da mesma, uma vez que a desconhecia. Desta forma, pretendo descrever sumariamente os principais pilares da organização da unidade e posteriormente analisar o papel do enfermeiro de reabilitação no local, através da experiência vivida, até ao momento.

De acordo com o Decreto-Lei n.º 28/2008, de 28 de fevereiro de 2008, a reorganização dos Centros de Saúde (CS) deu origem ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES). A sua constituição é caracterizada pela existência de equipas multidisciplinares, designadas de unidades funcionais autónomas, prestadoras de cuidados de saúde à população, e pretendem agregar recursos e estruturas de gestão. Dependentes da Administração Regional de Saúde (ARS), a sua intervenção é dirigida à:

- prestação de cuidados de saúde comunitários e de base populacional;
- prestação de cuidados de saúde personalizados, facultando aos cidadãos o direito à livre escolha do seu médico de família;
- cooperação com as entidades e instituições locais, fomentando o trabalho em parceria e a criação de sinergias (Cuidados Continuados, Saúde e Apoio Social, 2007).

Desta forma os ACES podem compreender várias unidades funcionais:

- Unidade de saúde familiar (USF);
- Unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP);
- Unidade de cuidados na comunidade (UCC);
- Unidade de saúde pública (USP);
- Unidade de recursos assistenciais partilhados (URAP);
- Outras unidades ou serviços que venham a ser considerados como necessários.

Cada centro de saúde é componente de um ACES e nele funcionam, pelo menos, uma USF ou UCSP e uma UCC ou serviços desta, sendo que cada ACES tem somente uma USP e uma URAP. Cada unidade funcional deverá ser constituída por uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica e deverá intervir em cooperação com as várias unidades funcionais, do centro de saúde e do ACES. O coordenador, de cada unidade funcional, deverá ser designado pelo diretor executivo do ACES, de entre profissionais com conhecimentos e experiência adequados ao exercício da função, sendo que apenas o coordenador da UCC é designado de entre enfermeiros com o título de enfermeiro especialista.

A UCC, especificamente, de acordo com o Decreto-Lei n.º 28/2008, de 28 de fevereiro de 2008, tem como missão a prestação de cuidados de saúde e apoio psicológico e social, no contexto domiciliário e comunitário, a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou com compromisso funcional ou doença, que requeiram acompanhamento próximo. Deve intervir na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção, nomeadamente a ECCI.

A constituição da equipa da UCC deve integrar enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais, de acordo com as necessidades e recursos disponíveis. Através da UCC, o ACES participa, na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), integrando a equipa coordenadora local. Segundo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho de 2006, esta é responsável pelo acompanhamento e a avaliação da Rede a nível local, bem como pela articulação e coordenação dos recursos e atividades, nomeadamente através da promoção de parcerias para a prestação de cuidados continuados, no respetivo serviço comunitário de proximidade; da promoção do processo de admissão ou readmissão nas unidades e equipas da Rede.

A criação da RNCCI, consiste num modelo de intervenção, articulado da saúde e da segurança social, de natureza preventiva, recuperadora e paliativa, que envolve a participação e colaboração de diversos parceiros sociais. Tem como objetivo geral a prestação de cuidados continuados integrados, a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência, sendo que a regulamentação da

mesma está disposta no Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho. Constituem objetivos específicos da Rede:

- A melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e/ou de apoio social;
- A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida;
- O apoio, o acompanhamento e o internamento, tecnicamente adequados à respetiva situação;
- A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;
- O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados;
- A articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação;
- A prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos.

De acordo com Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho de 2006, a intervenção da RNCCI deverá ser baseada num plano individual de cuidados e assegurada por Unidades de internamento; Unidades de ambulatório; Equipas hospitalares (Equipas de gestão de altas e Equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados Paliativos) e Equipas domiciliárias (Equipas de cuidados continuados integrados (ECCI) e Equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos (ECSCP)). As unidades de internamento estabelecidas são as unidades de convalescença, as unidades de média duração e reabilitação, as unidades de longa duração e manutenção e as unidades de cuidados paliativos. As instituições que integram as unidades de internamento da RNCC estão identificadas no Despacho n.º 6132/2010, de 7 de abril e no Despacho n.º 12190/2013, de 18 de setembro.

À UCC compete, ainda, constituir a equipa de cuidados continuados integrados, prevista no Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho.

A ECCI tem como objetivo assegurar gradualmente a prestação de cuidados, no domicílio, todos os dias do ano, no horário de funcionamento das 8 às 20 horas nos dias úteis e, conforme as necessidades, aos fins de semana e feriados, com garantia mínima das 9 às 17h. Pretende dar uma resposta ajustada à pessoa em situação de dependência, em qualquer faixa etária, que não requeira internamento, mas que não possa deslocar-se de forma autónoma, ao longo da evolução da doença, e de acordo com a situação social. Pretende, simultaneamente, promover a autonomia e a participação dos destinatários, bem como, o reforço das capacidades e competências das famílias para lidar com essas situações. Neste contexto, é essencial a convergência das quatro estruturas – a família, a saúde, a segurança social e Instituições Particulares de Solidariedade Social, na determinação dos objetivos da prestação de cuidados, de forma humanizada e continuada (Cuidados Continuados, Saúde e Apoio Social, 2007).

O Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho de 2006, regulamenta que a constituição da equipa deverá ser multidisciplinar, e a sua intervenção no âmbito de cuidados de natureza preventiva, curativa, de reabilitação e paliativa integrando ou articulando, designadamente:

- Cuidados de saúde, com particular relevância para a reabilitação e / ou promoção da autonomia e do bem-estar aos cidadãos em situação de dependência;
- Apoio no desempenho das atividades de vida diária e nas atividades instrumentais de vida diária;
- Apoio psicológico e social, envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados;
- Ajuda na interação utente/família/recursos de saúde e sociais;
- Ajuda para aquisição de capacidades e competências dos utentes e suas famílias e cuidadores, promovendo a máxima autonomia possível e o autocuidado.

Para uma melhor coordenação, monitorização e avaliação das diferentes intervenções é necessário a definição de um Plano Individual de Intervenção (PII), assim como, a designação de um Gestor de Caso (GC). O PII deverá delinear o conjunto dos objetivos a atingir, face às necessidades identificadas, e as intervenções dirigidas de

cada profissional, visando a recuperação ou a manutenção da pessoa. O GC deverá ser o profissional, eleito de entre os que constituem a ECCI, que, num determinado momento, gere e responde melhor às necessidades da pessoa dependente, e sua família (Cuidados Continuados, Saúde e Apoio Social, 2007).

A UCC do contexto de estágio intervém em vários projetos/ planos de ação, entre os quais a ECCI, Reabilitação, Saúde Escolar, Equipa Local de intervenção Precoce, Comissão de Proteção de Crianças e Jovens, Saúde mental, Assistência, apoio e ensinos aos cuidadores informais, Preparação para a Maternidade e Paternidade, Hipertensão arterial e diabetes, e Rendimento Social de Inserção.

A ECCI integrada inclui dois pólos, distribuídos por três locais distintos e é constituída por vários profissionais: três EER (um em cada local), quatro enfermeiros generalistas, uma psicóloga, uma fisioterapeuta, uma terapeuta ocupacional e assistente social. De momento, a equipa não tem médico com horas afetas, tendo necessidade de recorrer ao médico de família, se necessário. As reuniões da equipa multidisciplinar são quinzenais, e o registo das mesmas é feito em ata. O registo de enfermagem é realizado em sistema informático, através do software aplicacional Serviço de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), e no software da RNCCI. E, embora esteja previsto a utilização do PII, como instrumento de trabalho, este não é aplicado, constituindo assim um projeto atual da unidade funcional.

Considerando a área de competências específicas, o EEER, no contexto dos cuidados continuados integrados, deverá:

- conceber, implementar e monitorizar planos de reabilitação, baseados nos problemas de saúde reais e potenciais, considerando a alteração da capacidade funcional da pessoa e /ou alteração do estilo de vida, resultante de deficiência/incapacidade ou doença crónica;
- tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações/incapacidades secundárias, tratamento e reabilitação, maximizando o potencial da pessoa;
- identificar barreiras arquitetónicas e elaborar propostas de eliminação das mesmas;

- prestar cuidados de enfermagem de reabilitação, em contexto domiciliário ou em instituições de apoio social;
- promover a máxima independência nas AVD e qualidade de vida da pessoa com necessidades especiais, no sentido da sua capacitação e empoderamento, quer da pessoa, quer dos seus cuidadores;
- criar e gerir bolsas de ajudas técnicas, envolvendo os recursos da comunidade (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

E de acordo com a sua área de competências gerais, o EEER deverá ainda:

- participar na resposta a necessidades de formação dos profissionais de saúde, cuidadores formais e informais e pessoa;
- realizar educação para a saúde, integrando redes de apoio;
- definir indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem;
- avaliar, através dos indicadores definidos, os ganhos em saúde das intervenções especializadas;
- promover a continuidade de cuidados e articulação entre as equipas e instituições;
- utilizar resultados e contribuir com dados para a investigação, contribuindo para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem com base na evidência;
- coordenar e articular o exercício dos enfermeiros de cuidados gerais (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Desta forma, o EEER, neste modelo de cuidados dos serviços e instituições da RNCCI, poderá desempenhar um papel fundamental na equipa multiprofissional e determinante no processo de reabilitação e reintegração das pessoas dependentes, no ambiente familiar.

Perante o descrito, verifico que todos os documentos consultados e analisados são claros, na evocação das responsabilidades do EEER. Contudo considerando a complexidade da sua intervenção e os obstáculos que enfrenta diariamente, a mobilização de todas as áreas de atuação é muito difícil.

Integrada numa ECCI, num meio maioritariamente rural, tenho tido oportunidade de visitar regularmente dois utentes: uma mulher com 44 anos de idade (a D.) com o diagnóstico de esclerose lateral amiotrófica, diagnosticada em 2009, com o apoio da

ECCEI, desde janeiro de 2012, e; uma adolescente com 14 anos de idade (a F.) com atraso grave no desenvolvimento psicomotor, com tetraparésia espástica, epilepsia, com seguimento em ECCEI desde fevereiro de 2013. Em ambos os casos a principal cuidadora é a mãe.

No âmbito dos cuidados domiciliários, pude constatar a oportunidade de estabelecer uma proximidade diferenciada com a pessoa, o(s) seu(s) cuidador(es), família e o meio envolvente. Desta forma, a relação que se estabelece poderá ser a chave de uma relação terapêutica, que facilitará a identificação e validação dos problemas, que a pessoa e família, encaram no seu dia-a-dia. E neste contexto, o EEER para além de um profissional que realiza várias técnicas ou procedimentos, que implicam uma avaliação prévia, é ouvinte e confidente, conselheiro, gestor de conflitos e procura promover o funcionamento da família. A promoção do funcionamento da família, poderá passar por descodificar a disartria da D., à sua mãe, ou avaliar as condições habitacionais e recursos, nomeadamente os produtos de apoio, anteriormente adquiridos, de forma a assegurar uma mobilidade funcional, nas atividades de autocuidado.

Na prestação de cuidados às pessoas mencionadas, verifica-se facilidade em estabelecer uma relação de confiança, com a pessoa e família, aspeto que poderá ser relacionado com adoção de uma postura profissional assente em valores inerentes à prática e com as competências comunicacionais desenvolvidas ao longo da experiência profissional.

Contudo, são sentidas várias dificuldades na avaliação inicial da pessoa, que condicionam o desenvolvimento do processo de enfermagem. A dificuldade na utilização dos sistemas de registo informático constitui um obstáculo marcante na procura de um referencial recente da condição de saúde das pessoas, em seguimento há vários meses/anos. Desta forma, sinto-me inibida na entrevista, por receio em ser desadequada ou intrometida, podendo colocar questões que poderiam ter sido anteriormente colocadas e resolvidas. Posto isto, parece-me fundamental desenvolver competências na pesquisa e consulta do processo informático da pessoa, procurando referências no registo de avaliações de enfermagem mais recentes, e nas escalas integradas no sistema informático da RNCCI e SAPE. Outra estratégia poderá ser a adoção de um instrumento de colheita de dados que constitua um guia orientador, para conseguir ultrapassar este obstáculo e que por acréscimo possa dar contributos para o desenvolvimento do PII.

Em suma, de modo a melhorar a minha intervenção, enquanto futura EEER devo explorar o significado das limitações e incapacidades da pessoa e avaliar o impacto das mesmas na sua funcionalidade, e posteriormente delinear a intervenção, na minha área de especialidade, de acordo com as áreas de intervenção analisadas, os recursos disponíveis e a vontade da pessoa. Podendo delegar criteriosamente alguns cuidados, devo previamente avaliar as necessidades de formação dos enfermeiros generalistas e outros cuidadores formais ou informais, delinear estratégias para as colmatar e, posteriormente, supervisionar e avaliar os cuidados prestados, reavaliando a situação concreta.



## BIBLIOGRAFIA

- Cuidados Continuados, Saúde e Apoio Social (2007) Orientações para a constituição da Equipa de Cuidados Continuados Integrados. Obtido a 16 de 12 de 2014 de web site da Administração Central do Sistema de Saúde: <http://www.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oRedeServi%C3%A7RecursosSa%C3%BAde/CuidadosContinuadosIntegrados/Documenta%C3%A7%C3%A3o/tabid/1154/language/pt-PT/Default.aspx>
- Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho (2006). Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República N.º 109/2006, Série I-A. Obtido em 07 de 12 de 2014, de web site da Administração Central do Sistema de Saúde: <http://www.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oRedeServi%C3%A7RecursosSa%C3%BAde/CuidadosContinuadosIntegrados/Legisla%C3%A7%C3%A3o/tabid/1153/language/pt-PT/Default.aspx>
- Decreto-Lei n.º 28/2008, de 28 de fevereiro (2008). Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República N.º 38/2008, 1.ª Série. Obtido em 15 de 12 de 2014, de Web site da Secretaria Geral do Ministério da Saúde: <http://www.sg.min-saude.pt/sg/conteudos/legisaude/legis+sns.htm>;
- Ordem dos Enfermeiros (2009). Documentos Oficiais - Cuidados continuados. Obtidos a 16 de 12 de 2014: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Paginas/cuidadoscontinuados.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros. (18 de 09 de 2010). *Legislação da OE - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Obtido em 1 de 11 de 2014, de Web site da Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx>;
- Ordem dos Enfermeiros. (29 de 05 de 2010). *Legislação da OE - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Obtido em 1 de 11 de 2014, de Web site da Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx>;

## **APÊNDICE 5**

Jornal de Aprendizagem sobre Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na pessoa em  
Cuidados Paliativos



**Curso de Mestrado em Enfermagem**

*Área de Especialização*

***Enfermagem de Reabilitação***

*UC Estágio com relatório*

**Jornal de aprendizagem**

**Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na pessoa em Cuidados Paliativos**

---

**Unidade de Reabilitação Respiratória**

**Marta Susana Serra Lourenço Esteves**

**Prof.<sup>a</sup> Orientadora - Cristina Saraiva**

**Enf.<sup>a</sup> Orientadora – Maria Joaquina Ribeiro**

**Lisboa**

**2014**



A reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos, que permite ajudar as pessoas a maximizar o seu potencial funcional, de acordo com a sua condição de saúde.

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) deverá reunir competências que o permita criar, implementar e monitorizar planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, que visem a reintegração das pessoas na família e na comunidade, tendo como preocupação a promoção da qualidade de vida. As suas competências específicas estão regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e resumem-se à complexidade de cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados, capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação, para a reinserção e exercício da cidadania, e, maximizar a sua funcionalidade (OE, 2010).

De acordo com Cordeiro, M., & Menoita, E. (2012), um programa de reabilitação respiratória (RR) deve ser contextualizado e adaptado individualmente, considerando os vários fatores relacionados com a doença, com a pessoa, o local onde vai ser desenvolvido, bem como os meios e recursos disponíveis.

No contexto do meu estágio hospitalar, numa unidade de RR, na prestação de cuidados à pessoa com patologia respiratória, em regime de internamento, pude vivenciar algumas situações que me motivaram a refletir sobre a intervenção do EEER na pessoa em fase avançada de doença.

A primeira situação vivida refere-se ao pedido de RR a uma senhora com 58 anos de idade, que foi vítima de um acidente de viação há 30 anos, com sequelas neurológicas graves, estando desde então dependente de terceiros para a realização das atividades de autocuidado (tetraplégica, score 6 na escala de Glasgow, alimentada por sonda nasogástrica, em respiração espontânea, com necessidade de aspiração de secreções). Reside com a filha, sendo ela a sua principal cuidadora. Por quadro de dificuldade respiratória e distensão abdominal de agravamento progressivo, foi trazida ao serviço de urgência, e após alguns exames complementares de diagnóstico foi-lhe diagnosticado neoplasia do cólon. Foi observada pela cirurgia que decidiu que a situação não tinha indicação para intervenção cirúrgica e, posteriormente foi solicitado apoio à equipa dos cuidados paliativos, que otimizaram a terapêutica e deixaram escrita

a indicação de ordem de não reanimação. Após a constatação da complexidade da situação clínica e condição de saúde da pessoa, decidiu-se que os cuidados paliativos necessários não implicavam cuidados específicos da especialidade de enfermagem em reabilitação. Considerou-se que o conforto deveria ser o objetivo major dos cuidados prestados, e que para o controlo da dispneia os cuidados de enfermagem poderiam ser prestados por uma enfermeira generalista, pois os mais indicados deveriam ser a administração de oxigénio, alternância de decúbitos e a aspiração de secreções. No momento concordei com a decisão, parecendo-me ponderada e sensata. Senti que o respeito pelo conforto daquela pessoa estava intimamente ligado ao de não incomodar, no sentido de ser mais uma pessoa ou um grupo de pessoas a tocar e mobilizar. Concordei que a intervenção mais adequada, seria semelhante à que eu teria no meu local de trabalho, enquanto enfermeira generalista, na prestação de cuidados a uma criança, em fase avançada de doença. Contudo mais tarde, questionei-me se o nosso papel seria só delegar.

A outra situação que considero pertinente analisar, concomitantemente, é a de uma jovem de 35 anos, com fibrose quística (FQ), internada com agudização respiratória, com limitações muito significativas na realização das atividades de autocuidado, a aguardar a oportunidade de transplantação pulmonar (com dispneia e intolerância ao esforço, com necessidade de ventilação não invasiva e oxigenoterapia permanente, privada do exercício dos seus papéis de mãe, esposa, filha e profissional). Neste contexto, tive a oportunidade de cuidar desta jovem, durante duas sessões de RR e pude constatar que a intervenção do EEER é fundamental, no acompanhamento e orientação de vários exercícios de reeducação respiratória, na gestão da dispneia, tosse e esforço. Refiro-me a exercícios de controlo de respiração, técnicas de limpeza das vias aéreas, exercícios de expansão pulmonar e de conservação de energia, promovendo o relaxamento e controlo da ansiedade, inerente à dispneia.

A tomada de decisão entre as diferentes situações incitou-me a refletir sobre o papel do enfermeiro especialista e sua intervenção, na pessoa com doença respiratória, em fase avançada de doença. Posto isto, considereei ser fundamental clarificar os critérios, que devem fundamentar a tomada decisão, perante as situações apresentadas e similares, ambas elegíveis para cuidados paliativos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define cuidados paliativos como os cuidados que visam melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, que encaram problemas resultantes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso ao diagnóstico precoce e tratamento rigoroso dos problemas físicos, psicológicos, sociais e espirituais (Neto, 2010).

A Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP) (2014) advoga que os cuidados paliativos devem ser cuidados preventivos, pois pretendem prevenir o sofrimento gerado por sintomas (como dor, fadiga, dispneia), pelas múltiplas perdas (físicas e psicológicas) associadas à doença crónica e avançada, e reduzir o risco de lutos patológicos. Deverão assentar numa intervenção interdisciplinar em que pessoa doente e família são o centro gerador das decisões, e ajudar a pessoa, em fase avançada de doença, a viver tão ativamente quanto possível até à sua morte, sendo que este período pode ser de semanas, meses ou, até anos.

São cuidados de saúde, que devem integrar os princípios e filosofia dos cuidados paliativos, em qualquer serviço não especializado nestes cuidados, no sentido de alívio do sofrimento, integrando não só medidas não-farmacológicas e farmacológicas, para o controlo sintomático mas, também, a comunicação com a pessoa e família, e outros profissionais de saúde, apoio na tomada de decisão e respeito pelos objetivos e preferências da pessoa e família (Barbosa & Neto, 2010; Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, 2014).

A tipologia de pessoas com condição de saúde eleita para cuidados paliativos é muito variável e difícil de definir, contudo a APCP (2014) aponta vários grupos:

- Crianças e adultos com malformações congénitas ou outras situações que dependam de terapêutica de suporte de vida e/ou apoio de longa duração para as atividades de vida diárias;
- Pessoas com qualquer doença aguda, grave e ameaçadora da vida (tais como traumatismos graves, leucemia, acidente vascular agudo) onde a cura ou reversibilidade é um objetivo realista, mas a situação em si própria ou o seu tratamento tem significativos efeitos negativos dando origem a uma qualidade de vida fraca e/ou sofrimento;

- Pessoas com doença crónica progressiva (doença vascular periférica, neoplasia, insuficiência renal ou hepática, acidente vascular cerebral com significativa incapacidade funcional, doença cardíaca ou pulmonar avançada, fragilidade, doenças neurovegetativas e demência);
- Pessoas com doença ameaçadora da vida, que escolheram não fazer tratamento orientado para a doença ou de suporte/prolongamento da vida e que requeiram este tipo de cuidados;
- Pessoas com lesões crónicas e limitativas, resultantes de acidente ou outras formas de trauma;
- Pessoas seriamente doentes ou em fase terminal (demência em estágio final, cancro terminal, acidente vascular gravemente incapacitante) que não têm possibilidade de recuperação ou estabilização e, para os quais, os cuidados paliativos intensivos são o objetivo predominante dos cuidados no tempo de vida remanescente.

Quando a cura não é alcançável, face à evolução da doença e a sobrevivência não é possível, a disponibilização de uma filosofia associada aos cuidados paliativos, permite satisfazer um conjunto de necessidades determinadas pelo sofrimento. Durante esta evolução, o ideal seria que existisse uma parceria e uma progressão entre cuidados ditos curativos e os cuidados paliativos. No início da trajetória da doença (após a confirmação da incurabilidade) o foco da intervenção pode ser o controlo da mesma, com recurso às várias especialidades médicas envolvidas, sendo que a abordagem dos cuidados paliativos pretende contribuir para a otimização da qualidade de vida. Numa fase mais avançada, a abordagem dos cuidados paliativos assumirá um papel mais relevante, considerando que as terapêuticas dirigidas à doença tornam-se menos efetiva (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, 2014).

A tomada de decisão em cuidados paliativos deverá residir em vários pressupostos:

- Prevenir sintomas indesejáveis, tratá-los adequadamente, diminuindo o sofrimento da pessoa;
- Manter o equilíbrio entre os princípios éticos – considerando, nomeadamente os princípios da beneficência e da não maleficência (nas intervenções terapêuticas deveremos assegurar o melhor para a pessoa sem lhe causar danos, não intervindo se não houver a garantia de alívio do

sofrimento); o princípio da justiça (os custos não deverão exercer pressão na tomada de decisão clínica); e o princípio da autonomia, promovendo a tomada de decisão informada e ponderada, por parte da pessoa; e nas situações que a pessoa está impedida de expressar a sua vontade, é o médico que assume a tomada de decisão, tendo em conta a opinião da família, que deverá reconstruir a da pessoa);

- Evitar a futilidade diagnóstica e terapêutica – travar o conjunto de recursos (exames e terapêuticas) que se revelem agressivos, inúteis e desadequados, face à situação evolutiva e irreversível da doença, podendo causar sofrimento acrescido à pessoa e família;
- Estabelecer um prognóstico, considerando elementos qualitativos (quais os resultados possíveis), quantitativos (qual a probabilidade de acontecerem) e temporal (ao fim de quanto tempo), de forma a assumir, a condição de irreversibilidade de determinada situação clínica (Neto, 2010).

Em suma, os cuidados paliativos estão baseados em quatro vertentes: controlo de sintomas, comunicação adequada, apoio à família e trabalho de equipa. Considerando que, nas situações anteriormente descritas, o motivo do pedido de intervenção da equipa de enfermagem, de reabilitação respiratória, foram a identificação de sintomas, como dificuldade respiratória e dificuldade na drenagem de secreções, achei relevante abordar os princípios gerais do controlo de sintomas e as orientações gerais relativas ao controlo da dispneia, tosse e fadiga.

Neto (2010) alerta para a complexidade da avaliação e controlo sintomático, e, como tentativa de objetivar a intervenção, enumera os princípios gerais, a considerar – avaliar antes de tratar, através da determinação da causa e impacto emocional e físico do sintoma; explicar a causa dos sintomas e as medidas terapêuticas à pessoa e família; prevenir a manifestação do sintoma, através da antecipação de medidas terapêuticas, perante determinada situação clínica; implementar uma estratégia terapêutica mista, com medidas farmacológicas e não farmacológicas; monitorizar os sintomas.

A dispneia é um sintoma muito frequente na pessoa com doença avançada e tende a ser mais prevalente à medida que a doença progride. É descrito como uma sensação subjetiva de falta de ar e dificuldade respiratória, que pode ser influenciada por vários



fatores fisiológicos, psicológicos, sociais e ambientais, dificultando a gestão do sintoma (Azevedo, 2010).

O tratamento da dispneia pode ser baseado em medidas farmacológicas – corticóides, broncodilatadores, opióides, benzodiazepinas, psicotrópicos – e não farmacológicas específicas, como oxigenoterapia, ventilação não invasiva e o ensino de técnicas de reeducação funcional respiratória, tais como controlo de respiração, técnicas de drenagem de secreções e de relaxamento. As opções terapêuticas, deverão ter em consideração a gravidade do sintoma e o seu impacto do ponto de vista funcional e da qualidade de vida (Azevedo, 2010).

Também muito frequente, na fase de doença avançada, a tosse, pode ter como etiologia processos inflamatórios, causas mecânicas, agentes poluentes, fatores térmicos e neuropsíquicos. O controlo da tosse pretende prevenir complicações que poderão trazer maior sofrimento à pessoa, quando muito intensa e prolongada, tais como náuseas e vômitos, refluxo gastresofágico, anorexia, cefaleias e tonturas, dores musculares, arritmias, perturbações do sono, entre muitas outras (Azevedo, 2010).

A tosse consiste numa expiração forçada contra a glote parcialmente fechada, podendo ser um ato reflexo ou voluntário, permitindo a limpeza da árvore traqueobrônquica, aquando a presença de secreções em quantidade aumentada. O tratamento da tosse tem de ser dirigido à sua causa, quando conhecida, podendo ser baseado em medidas farmacológicas – antibióticos, broncodilatadores, mucolíticos, antitússicos, diuréticos, opióides, corticóides, butilescopolamina, entre outros – e não farmacológicas específicas, como o ensino de técnicas de reeducação funcional respiratória, tais como controlo de respiração, técnicas de limpeza das vias aéreas e aspiração de secreções, se necessária.

Por último a fadiga, que poderá ser definida como um sintoma subjetivo e inespecífico, de exaustão física e psíquica, de causa multifatorial. Os mecanismos fisiológicos e psicológicos subjacentes à fadiga, são pouco conhecidos, contudo podem ser relacionados com fatores diretos que se prendem com a doença, fatores induzidos (como astenia/caquexia) e fatores acompanhantes (como caquexia, infeção, anemia, hipoxia quimioterapia, radioterapia, síndromes paraneoplásicas) (Nascimento, 2010).

Como medidas gerais considera-se fundamental investigar as causas da fadiga, avaliando e explorando com o doente e família o significado e impacto deste sintoma, escutar receios, suspender a terapêutica que possa contribuir para o aumento da sua intensidade e corrigir as causas possíveis (hipercalcémias, anemias, infecções, alterações do sono, entre outras) (Nascimento, 2010).

Numa situação de doença avançada, o controlo da fadiga visa manter a capacidade funcional e minimizar as perdas da pessoa, recorrendo a medidas farmacológicas e/ou não farmacológicas. Adaptar as atividades de autocuidado, fornecer equipamentos necessários à promoção da autonomia, utilizar técnicas de conservação de energia e mobilização, são intervenções não farmacológicas, que podem trazer uma melhoria significativa, no sentido de minimizar ao máximo o impacto do sintoma, na pessoa (Nascimento, 2010).

Tal como em qualquer situação clínica, a gestão eficaz do período de fim de vida, da pessoa com FQ, é fundamental e requer uma abordagem multidisciplinar, comunicação eficaz e adequada, e controlo sintomático.

Em caso de doença avançada, o transplante pulmonar e hepático é uma opção terapêutica, para a pessoa com FQ. Contudo poderá não ocorrer, uma vez que o tempo de espera é variável ou por se revelar uma opção de tratamento inadequada, devido aos critérios de seleção do candidato (Smyth , et al., 2014).

Uma comunicação efetiva entre a equipa de prestação de cuidados à pessoa com FQ e a equipa de transplantação é crucial para a tomada de decisão sobre a instituição de terapêuticas mais invasivas, tal como a ventilação invasiva e *ECMO* (Extra Corporeal Membrane Oxygenation). A ventilação invasiva em situação de fim de vida, tem sido controversa e obtidos maus resultados. Mesmo quando instituída em pessoas a aguardar transplante pulmonar está associada a uma morte mais precoce. Por outro lado, existem relatos de casos que sugerem excelentes resultados em pessoas com insuficiência respiratória grave, sob *ECMO* (Smyth , et al., 2014).

O controlo sintomático, na pessoa com FQ, recai no controlo de sintomas como dispneia, toralcalgia, cefaleias, fadiga e perturbações do sono. As orientações sobre as

medidas farmacológicas incluem a administração de analgésicos narcóticos e ansiolíticos, e sobre as não farmacológicas, os mecanismos de limpeza das vias aéreas, a administração de oxigénio, ventilação não-invasiva e apoio psicológico (Smyth , et al., 2014).

Smyth, et al. (2014) refere que a pessoa com FQ prefere ser cuidada por uma equipa que conhece bem, num ambiente familiar, e em muitos casos, prefere o ambiente hospitalar. Para promover o respeito dos desejos da pessoa que está a morrer e procurar o equilíbrio entre os cuidados ditos curativos e os cuidados paliativos, é fundamental uma comunicação efetiva entre todos os elementos da equipa de saúde, a pessoa e sua família.

Perante a complexidade do tema, espelhada na análise apresentada, concluo que a tomada de decisão no primeiro caso, poderá ter sido a mais correta, contudo foi leviana pela forma como foi avaliada, sem reunir a maior parte dos princípios gerais da avaliação dos sintomas, anteriormente mencionados. Apesar de ter concordado com a tomada de decisão, reconheço que para além de ter sido realizada uma avaliação redutora da pessoa, dos meios e recursos disponíveis, a intervenção do EEER deve abranger muito mais do que a intervenção direta ou delegação de cuidados. De acordo com o perfil de competências comuns e específicas do EEER (Ordem dos Enfermeiros, 2010), o enfermeiro deverá ser capaz de gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores, e a articulação na equipa multiprofissional, maximizando a funcionalidade da pessoa. Tal como analisado, numa abordagem paliativa, a área de atuação do EEER é vasta, não só no controlo sintomático não farmacológico, através das várias técnicas de reeducação funcional respiratória, mas também na avaliação e monitorização dos cuidados prestados, nomeadamente em terapêuticas como a ventilação não invasiva e administração de terapêutica inalatória.

De modo a melhorar a minha intervenção, enquanto futura EEER devo explorar o significado do sintoma e avaliar o impacto do mesmo na funcionalidade da pessoa, para delinear a intervenção, na minha área de especialidade, de acordo com os recursos disponíveis e a vontade da pessoa. Podendo delegar criteriosamente alguns cuidados, devo previamente avaliar as necessidades de formação dos enfermeiros generalistas, delinear estratégias para as colmatar e, posteriormente, supervisionar e avaliar os cuidados prestados, reavaliando a situação concreta.

A tomada de decisão envolve fazer escolhas, correr riscos e assumir responsabilidade pela opção tomada. Perante tamanha complexidade que é o cuidar da pessoa em fim de vida, a contextualização da situação será determinante na tomada de decisão, pois requer a análise do maior número de aspetos objetivos da pessoa e família, procurando e respeitando o equilíbrio entre os princípios éticos. O desafio é e será identificar o que é particularmente relevante para a vida de cada pessoa, planear e implementar um plano conjunto, em equipa multidisciplinar, e conseguir uma gestão e priorização de cuidados adequadas, considerando as várias situações clínicas.

## BIBLIOGRAFIA

- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. *FAQ*. obtido em 04 de 11 de 2014, de Web site da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos: <http://www.apcp.com.pt/faq.html>;
- Azevedo, P. (2010). Dispneia. In Barbosa, A. & Neto, I.G. (2ªed). *Manual de Cuidados Paliativos*. (pp.191-202). Lisboa: Núcleo de Cuidados paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;
- Azevedo, P. (2010). Tosse. In Barbosa, A. & Neto, I.G. (2ªed). *Manual de Cuidados Paliativos*. (pp.203-211). Lisboa: Núcleo de Cuidados paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;
- Cordeiro, M., & Menoita, E. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas*. Loures: Lusociência.
- Nascimento, H. (2010). Astenia. In Barbosa, A. & Neto, I.G. (2ªed). *Manual de Cuidados Paliativos*. (pp.213-228). Lisboa: Núcleo de Cuidados paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;
- Neto, I.G. (2010). Princípios e Filosofia dos Cuidados paliativos. In Barbosa, A. & Neto, I.G. (2ªed). *Manual de Cuidados Paliativos*. (pp.1-42). Lisboa: Núcleo de Cuidados paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;
- Neto, I.G. (2010). Modelos de controlo sintomático. In Barbosa, A. & Neto, I.G. (2ªed). *Manual de Cuidados Paliativos*. (pp.61-67). Lisboa: Núcleo de Cuidados paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;
- Ordem dos Enfermeiros. (18 de 09 de 2010). *Legislação da OE - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Obtido em 1 de 11 de 2014, de Web site da Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx>;
- Ordem dos Enfermeiros. (29 de 05 de 2010). *Legislação da OE - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Obtido em 1 de 11 de 2014, de Web site da Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx>;

Smyth , A., Bell, S., Bojcin, S., Bryon, M., Duff, A., Flume, P., . . . Wolfe, S.  
(2014). European Cystic Fibrosis Society Standards of Care: Best Practice guidelines.  
*Journal of Cystic Fibrosis*, 13, pp. S23–S42.

## **APÊNDICE 6**

Jornal de Aprendizagem sobre Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na pessoa  
submetida a cirurgia abdominal complicada



**Curso de Mestrado em Enfermagem**

*Área de Especialização*

***Enfermagem de Reabilitação***

*UC Estágio com relatório*

**Jornal de aprendizagem**

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na pessoa submetida a cirurgia  
abdominal complicada

---

**Unidade de Reabilitação Respiratória**

**Marta Susana Serra Lourenço Esteves**

**Prof.<sup>a</sup> Orientadora - Cristina Saraiva**

**Enf.<sup>a</sup> Orientadora – Maria Joaquina Ribeiro**

**Lisboa**

**2014**





A reeducação funcional respiratória (RFR) está indicada em todas as intervenções cirúrgicas, no período pré e pós-operatório, sendo o seu principal objetivo a prevenção de complicações. Devido ao impacto sobre a mecânica ventilatória, as complicações pulmonares continuam a influenciar a morbidade, mortalidade e o tempo de permanência da pessoa no hospital (Cordeiro, M., & Menoita, E., 2012; Heitor, Canteiro, Ferreira, Olazabal, & Maia, 1998).

No período pós-operatório, devido ao aumento da quantidade de secreções, à redução da expansão pulmonar e à depressão do centro respiratório, a pessoa apresenta um risco elevado para complicações pulmonares. Existem vários fatores que interferem na recuperação da pessoa submetida a cirurgia: os fatores de risco da pessoa, como a idade, obesidade, hábitos tabágicos, doença pulmonar obstrutiva e desnutrição; e os fatores de risco cirúrgicos, como a anestesia, analgesia e dor. Especificamente, na cirurgia abdominal alta, a manipulação da cavidade abdominal está relacionada com a inibição reflexa do nervo frénico e consequente parésia do diafragma, o que poderá provocar uma diminuição dos volumes e capacidades pulmonares, da pessoa operada (Cordeiro, M., & Menoita, E., 2012).

Ao longo do estágio hospitalar, verifiquei que é frequente o pedido de RFR a pessoas submetidas a cirurgia abdominal, no período pós-operatório, com várias complicações do foro cirúrgico, pulmonar e outras, nomeadamente:

- Deiscência das anastomoses e consequente peritonite, com necessidade de várias intervenções cirúrgicas;
- Pneumonia, derrame pleural, limpeza das vias aéreas ineficaz;
- Diminuição da força muscular.

Durante a última semana, tive oportunidade de prestar cuidados a uma pessoa, com 87 anos, submetida a cirurgia abdominal, ainda na unidade de cuidados intensivos. Trata-se de um homem com uma neoplasia do cólon, confirmada pela realização de uma colonoscopia. Durante a realização da mesma, sofreu uma perfuração do cólon, com necessidade de cirurgia imediata, complicada por deiscência e necessidade de nova cirurgia, estando atualmente admitido numa unidade de cuidados intensivos, no pós-operatório imediato, com penso, com sistema de esponja abdominal V.A.C.® (*Vacuum*

*Assisted Closure*®)<sup>1</sup> e colostomia. Emagrecido, com hipotonia generalizada, em ventilação espontânea, com necessidade de oxigenoterapia por óculos nasais, dificuldade em expelir as secreções, observando-se na radiografia do tórax, má expansão pulmonar, com contagem de 8 costelas acima do diafragma, e apagamento dos seios custo e cardiofrênicos, bilateralmente, e na TAC abdominal verifica-se derrame pleural bilateral, nas bases, com maior volume à esquerda.

Perante a imagem da pessoa, demonstrativa de tanta vulnerabilidade, quer pela idade quer pela complexidade da situação e cuidados inerentes, o receio em aumentar ou causar dor, bloqueou a minha capacidade de intervir, pois a minha vontade imediata, foi não o fazer. Este acontecimento alertou-me para vários aspetos. Por um lado, este receio é sinal do meu sentido de responsabilidade, no reconhecimento das minhas limitações, e no cumprimento dos princípios éticos da beneficência e não maleficência, constituindo assim competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, de acordo com o perfil de competências comuns do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Contudo, uma vez que a intervenção do EEER deverá proporcionar intervenções terapêuticas diferenciadas, que visem melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a funcionalidade da pessoa e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (Ordem dos Enfermeiros, 2010), fui confrontada com a necessidade de vencer o receio inicial. E foi através da fundamentação da práxis e orientação e supervisão da enfermeira orientadora, que consegui obter segurança para intervir.

Desta forma, senti necessidade de desenvolver conhecimentos acerca da intervenção do EEER perante a pessoa submetida a cirurgia abdominal, quais as

---

<sup>1</sup> O Sistema de Terapia VAC® é um sistema que pretende criar um ambiente promotor da cicatrização de feridas, por segunda intenção, promovendo a formação de tecido de granulação e perfusão, através da redução do edema e remoção do exsudado e material infetado. É indicado para pessoas com ferida crónica, aguda, traumática, subaguda e deiscências, queimaduras de espessura parcial, úlceras (como diabetes ou pressão), retalhos e enxertos. O V.A.C. GranuFoamSilver® Dressing é uma barreira eficaz para penetração bacteriana e pode ajudar a reduzir a infeção nos tipos de ferida, acima mencionados (V.A.C. Therapy Clinical Guidelines. A reference source for clinicians, 2007). Não há referência à indicação, precaução ou contra indicação de RFR nos doentes submetidos a esta terapia.

principais complicações pulmonares e qual o papel do enfermeiro de reabilitação, no período peri operatório.

A RFR no período pré e pós-operatório tem objetivos idênticos a qualquer programa, e a sua eficácia depende do seu início precoce e adesão da pessoa. Para prevenir complicações, inerentes ao procedimento cirúrgico e suas repercussões, a intervenção do EEER deve basear-se em vários objetivos: evitar e corrigir defeitos ventilatórios e posturais, promover a permeabilidade das vias aéreas, reeducar no esforço e melhorar a performance dos músculos respiratórios (Cordeiro, M., & Menoita, E., 2012). Uma intervenção no período pré operatório é essencial para otimizar a compreensão dos exercícios e a colaboração da pessoa, de forma a facilitar a sua concretização, no período pós operatório (Heitor, Canteiro, Ferreira, Olazabal, & Maia, 1998).

Considerando as complicações respiratórias mais frequentes no pós-operatório:

- Hipoxémia, devida à redução da capacidade residual funcional e ao aumento da força de retração elástica pulmonar;
- Atelectasia e pneumonia, potenciadas pelo quadro de hipersecreção brônquica e disfunção ciliar, limitação da tosse e dos movimentos respiratórios, e imobilização da pessoa;
- Derrame pleural, devido ao processo inflamatório do ato cirúrgico, relacionado com a manipulação do diafragma. (Cordeiro, M., & Menoita, E., 2012; Heitor, Canteiro, Ferreira, Olazabal, & Maia, 1998);

o EEER deverá planejar um programa de preparação pré-operatória, que contemple o ensino dos seguintes exercícios:

- Posição de descanso e relaxamento;
- Consciencialização dos tempos respiratórios;
- Controlo da respiração;
- Respiração abdomino-diafragmática;
- Tosse dirigida com contenção da ferida operatória;
- Mudança de posição;
- Correção postural, no sentido de prevenir defeitos posturais, por defesa à dor (Cordeiro, M., & Menoita, E., 2012).

Na fase pós operatória, se a pessoa teve oportunidade de realizar a preparação pré operatória, devemos encorajar a mesma, a realizar os exercícios que aprendeu, ajustando de acordo com a situação. Se não, devemos iniciar um programa de reabilitação cujos objetivos principais são reduzir a tensão psíquica e muscular, assegurar a permeabilidade das vias aéreas, prevenir e corrigir os defeitos ventilatórios, corrigir os defeitos posturais e reeducar a pessoa ao esforço. Desta forma, os exercícios que visam reduzir a tensão psíquica e muscular, são a promoção de uma posição de conforto e relaxamento, consciencialização e controlo da respiração e a utilização de técnicas de relaxamento, como a visualização guiada ou Reiki (Cordeiro, M., & Menoita, E., 2012).

A drenagem postural modificada, a tosse dirigida e/ou assistida com contenção da sutura, são exercícios que visam assegurar a permeabilidade das vias aéreas. As manobras acessórias, como a vibração e compressão devem ser ponderadas, de acordo com o estado da pessoa, nomeadamente a avaliação das plaquetas, coagulação e dor. As percussões devem ser evitadas, não só pelo risco de hemorragia, mas também pelo desconforto e dor (Cordeiro, M., & Menoita, E., 2012).

Para prevenir e corrigir os defeitos ventilatórios, podemos acrescentar os exercícios de reeducação diafragmática, reeducação costal global e seletiva, expansão torácica e treino dos músculos respiratórios (Cordeiro, M., & Menoita, E., 2012).

A correção dos defeitos posturais, enquanto a pessoa estiver no leito será realizada pelo enfermeiro através do alinhamento corporal e posicionamento adequado. Quando a pessoa tolerar o levantar, poder-se-ão utilizar técnicas de correção postural em frente a um espelho quadriculado (Cordeiro, M., & Menoita, E., 2012).

Apesar de cada situação clínica ser única, devendo ser avaliada individualmente, a experiência vivida proporcionou-me a oportunidade de desenvolver competências, na área da RFR, na intervenção à pessoa submetida a cirurgia abdominal.

Os subsídios obtidos são transversais, permitindo aumentar a minha capacidade de tomada de decisão nesta área de intervenção, em várias situações similares, como por exemplo na pessoa com fibrose quística (FQ).

A FQ é caracterizada por ter um envolvimento multissistémico, devido à disfunção das glândulas exócrinas, provocando o compromisso de vários órgãos (Direção Geral da

Saúde, 2014). Esta condição predispõe a pessoa para o advento de várias complicações, nomeadamente gastrointestinais, como a litíase vesicular, cirrose hepática, síndrome de obstrução intestinal distal e apendicite aguda, cujo tratamento poderá implicar a realização de cirurgia abdominal (Smyth , et al., 2014).

Considerando ainda que a doença pulmonar crónica constitui a causa da grande morbilidade e mortalidade da maioria das pessoas com FQ (Smyth , et al., 2014), estas têm um risco acrescido de complicações peri-operatórias.

Desta forma, pelos conteúdos abordados, podemos concluir que a intervenção do EEER na pessoa com FQ, submetida a cirurgia abdominal, será crucial não só, no pós-operatório, para prevenir ou minimizar o impacto das complicações cardiopulmonares, mas também no período pré-operatório, no qual o EEER deverá instituir um programa que vise otimizar a função respiratória, proporcionando-lhe uma higiene brônquica eficaz, e preparar a pessoa para o pós-operatório.

## BIBLIOGRAFIA

- Cordeiro, M., & Menoita, E. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas*. Loures: Lusociência;
- Direção Geral da Saúde. (10 de janeiro de 2014). *Tratamento e Seguimento da Fibrose Quística*. Obtido em 16 de maio de 2014, de Direção-Geral da Saúde: <http://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-as-doencas-respiratorias/publicacoes.aspx>
- Heitor, C. (1998). *Reeducação Funcional Respiratória*. (2ª ed.). Lisboa: Boehringer Ingelheim para formação médica pré e pós graduação;
- Ordem dos Enfermeiros. (18 de 09 de 2010). *Legislação da OE - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Obtido em 1 de 11 de 2014, de Web site da Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx>;
- Ordem dos Enfermeiros. (29 de 05 de 2010). *Legislação da OE - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Obtido em 1 de 11 de 2014, de Web site da Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx>;
- Smyth, A., Bell, S., Bojcin, S., Bryon, M., Duff, A., Flume, P., . . . Wolfe, S. (2014). European Cystic Fibrosis Society Standards of Care: Best Practice guidelines. *Journal of Cystic Fibrosis*, 13, pp. S23–S42.

## **APÊNDICE 7**

Plano de cuidados de enfermagem de reabilitação I



**Curso de Mestrado em Enfermagem**

***Área de Especialização***

***Enfermagem de Reabilitação***

***UC Estágio com relatório***

**Plano de Cuidados I**

---

**Unidade de Reabilitação Respiratória**

**Marta Susana Serra Lourenço Esteves**

**Prof.<sup>a</sup> Orientadora - Cristina Saraiva**

**Enf.<sup>a</sup> Orientadora – Maria Joaquina Ribeiro**

**Lisboa**

**2014**





## **COLHEITA DE DADOS**

**Nome:** S.

**Data de Nascimento:** 24/02/1972 (42 anos)

**Raça:** Caucasiana

**Data de (re)Internamento:** 13 de Outubro de 2014

**Motivo de Internamento:** Derrame pleural na base do hemitórax esquerdo, no contexto de pós-operatório de sleeve gástrico a 3/10/2014.

### **História de doença atual:**

A 3/10/2014 foi submetida a sleeve gástrico, por via laparoscópica, sem intercorrências, referenciada da consulta de obesidade mórbida, encaminhada há cerca de 3 meses pela médica de família;

A 13/10, por dor abdominal, com irradiação para o ombro esquerdo, recorreu ao serviço de urgência onde realizou controlo analítico (aumento dos parâmetros de infeção), radiografia de tórax e abdominal, e ecografia abdominal que revelaram derrame pleural esquerdo, sem imagens compatíveis com coleção organizada.

A 14/10 realizou TAC torácica, abdominal e pélvica, por suspeita de fístula gastro-peritoneal do fundo gástrico. Feito estudo após administração endovenosa de contraste iodado, não se observando extravasamento de contraste; confirmou derrame pleural esquerdo com atelectasia parcial do lobo inferior esquerdo e lâmina de líquido subfrénico/ periesplénico, sem coleções valorizáveis; e, imagem hipodensa alongada que se atribuiu a líquido no trajeto de dreno cirúrgico já retirado.

Ficou internada, com necessidade de oxigenoterapia e iniciou ciclo de antibioterapia endovenosa, com tazobactam e piperacilina. A 16/10, iniciou Reabilitação Funcional Respiratória, no serviço de internamento. Por ser independente nas atividades de vida diárias, no dia seguinte realizou a sessão na Unidade de Reabilitação Respiratória, para poder usufruir dos materiais/equipamento, não transportáveis, da unidade. Sem necessidade de oxigenoterapia desde 17/10, com diminuição progressiva do cansaço e aumento da tolerância ao esforço; Controlo da dor, em repouso, com analgesia instituída; diminuição franca dos parâmetros analíticos de infeção. A tolerar dieta líquida (segundo plano da dietista).

## Exames complementares de diagnóstico:

### Radiografia de torác (PA)

13/10 – densidade homogênea da base do hemitórax esquerdo, com ligeiro desvio do mediastino para a direita; oclusão dos seios costofrénico e cardiofrénico esquerdos, com limite côncavo.

17/10 – sobreponível

21/10 – diminuição da densidade homogênea da base do hemitórax esquerdo, sem desvio do mediastino; apagamento dos seios costofrénico e cardiofrénico esquerdos, com limite côncavo menos acentuado.

### Análises clínicas

	13/10/2014	15/10/2014	17/10/2014	20/10/2014	22/10/2014
Hemoglobina	13.7	11.3	10.8	Amostra coagulada	11.1
Hematocrito	38.1	34	33.2	-	35.7
Leucócitos x 10 <sup>9</sup> /L	22.34	17.99	7.80	-	6.54
Plaquetas	322	324	335	-	342
PCR	8.4	36.7	18.3	7.4	3.1
LDH(208-378)	257	255	255	473	379
Glicose	184	126	94	-	-

**Antecedentes Pessoais:** Há cerca de 7 anos foi-lhe diagnosticada Sarcoidose, com envolvimento pulmonar, com identificação de 12 granulomas pulmonares. Realizou corticoterapia durante 3 meses, com sucesso (reversão completa do quadro clínico), mas com sequelas de obesidade mórbida, diabetes mellitus não insulino dependente, refluxo gastro esofágico (RGE) e hipertensão arterial (desde início deste ano). Refere que o seu peso anterior era aproximado aos 70kg e aumentou 30kg com o tratamento, atingindo posteriormente o peso máximo de 135kg. Último peso antes da cirurgia 108kg.

**Profissão:** Empregada doméstica

**Agregado Familiar:** Vive com o marido e o filho de 14 anos (de uma relação instável anterior); Refere que o relacionamento do filho com o pai biológico foi sempre fugaz e teve uma rutura há cerca de 5 anos, altura que teve início o seu atual relacionamento; demonstra tranquilidade e segurança com a dinâmica familiar, referindo que o companheiro atual e o filho têm uma relação muito boa.

**Avaliação de Enfermagem de Reabilitação (17 de Outubro)** – segundo o modelo teórico de Dorothea Orem

**Avaliação dos Requisitos de Autocuidado**

**Sinais Vitais**

TA:

FC: bpm, pulso rítmico e cheio;

Respiração: Respiração em repouso, superficial, mista (de predomínio abdominal), ligeiramente assimétrica, mas regular. FR 16 ciclos/min;  
Sem sinais de dificuldade respiratória.

Dispneia: Nega dispneia mas refere cansaço físico ao esforço (por lapso, não foi utilizada a escala de *Borg* modificada)

Dor: Refere dor no ombro esquerdo e toracalgia na região infra costal esquerda, tolerando apenas o decúbito dorsal. (por lapso, não foi utilizada escala numérica)

<b>Requisitos Universais de Autocuidado</b>	<b>Padrão habitual de Autocuidado</b>	<b>Padrão atual de Autocuidado</b>
Manutenção de inspiração de ar suficiente.	<b>Sem défice.</b>	<b>Défice.</b> Respiração em repouso, superficial, mista (de predomínio abdominal), ligeiramente assimétrica, mas regular. FR de 16 cpm. Auscultação Pulmonar com murmúrio vesicular muito diminuído no 1/3 inferior do hemotórax esquerdo, sem ruídos adventícios. Sem sinais de cianose ou outros sinais de dificuldade respiratória, com manutenção de SpO <sub>2</sub> > 92% sem aporte de oxigénio. Nega dispneia mas refere cansaço físico ao esforço. Refere dor no ombro esquerdo e toracalgia na região infra costal esquerda, tolerando apenas o decúbito dorsal. Em posição ortostática, observa-se posição antiálgica defeituosa discreta, com ligeira flexão da coluna vertebral para a esquerda. <b>Atuação do enfermeiro pelo sistema parcialmente compensatório e apoio e ensino.</b>

Manutenção de ingestão suficiente de água	Não avaliado.	Não avaliado.
A manutenção de ingestão suficiente de alimentos	Último peso antes da cirurgia= 108kg (peso máximo de 135kg).	<b>Défice.</b> Aspeto geral cuidado. Peso atual 100kg; Altura 1,55 m; IMC = 41,62 (Obesa). Pele e mucosas ligeiramente pálidas, mas hidratadas. Mantém consulta de seguimento com dietista. Cumpre dieta líquida, polifracionada, com restrições de quantidade e qualidade dos alimentos, de acordo com a indicação cirúrgica. <b>Atuação do enfermeiro pelo sistema de apoio e ensino.</b>
Promoção dos cuidados associados com a eliminação	Não avaliado.	Não avaliado.
A manutenção do equilíbrio entre a atividade e o descanso	Não avaliado.	<b>Défice.</b> Refere cansaço físico ao esforço. <b>Atuação do enfermeiro pelo sistema parcialmente compensatório e apoio e ensino.</b>
A manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social	Não avaliado.	<b>Sem Défice.</b> O internamento condiciona a interação com os seus pares e família. Contudo refere ter visitas com regularidade, particularmente do filho e marido. É uma pessoa simpática e comunicativa, demonstrando bom humor na interação.
A prevenção dos riscos para a vida humana, para o funcionamento humano e para o bem-estar humano.	Não avaliado.	<b>Sem défice</b> Atualmente está muito empenhada em perder peso e em cumprir todas as orientações dadas quer para o plano contra a obesidade mórbida, quer para a resolução da atual situação clínica.

A promoção do funcionamento e desenvolvimento do homem dentro dos grupos sociais conforme o potencial humano, as limitações do homem e o desejo do homem de ser normal	Não avaliado.	Não avaliado.
<b>Requisitos de autocuidado, por desvio de saúde</b>	Não avaliado.	Não avaliado.
<b>Requisitos de autocuidado de desenvolvimento</b>	Não avaliado	Não avaliado.

**Resumo dos problemas identificados:**

Considerando a área de intervenção do EEER, no contexto da URR, identifico como problema prioritário:

- Alteração da relação ventilação/ perfusão, relacionada com derrame pleural à esquerda, manifestada por:
  - Respiração superficial, ligeiramente assimétrica;
  - Murmúrio vesicular muito diminuído no 1/3 inferior do hemotórax esquerdo à AP;
  - Cansaço ao esforço;
  - Dor no ombro esquerdo e toracalgia na região infra costal esquerda;
  - Posição antiálgica defeituosa discreta, com ligeira flexão da coluna vertebral para a esquerda.

<b>Data</b>	<b>Problema</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Ações de Enfermagem</b>	<b>Data de Avaliação</b>
17/10	<p>1. Alteração da relação ventilação/perfusão, relacionada com derrame pleural à esquerda, manifestada por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respiração superficial, ligeiramente assimétrica;</li> <li>• Murmúrio vesicular muito diminuído no 1/3 inferior do hemotórax esquerdo à AP;</li> <li>• Cansaço ao esforço;</li> <li>• Dor no ombro esquerdo e toracalgia na região infra costal esquerda;</li> <li>• Posição</li> </ul>	<p>1. Favorecer a expansão pulmonar;</p> <p>2. Impedir a formação de aderências pleurais;</p> <p>3. Corrigir as posições antiálgicas defeituosas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta do processo clínico do utente;</li> <li>• Avaliação e registo dos sinais vitais e do padrão respiratório no início e final da sessão de RFR, utilizando a escala de <i>Borg</i> modificada, para a avaliação de dispneia e cansaço e a escala numérica para avaliação da dor;</li> <li>• Validar a prescrição de analgesia e incentivar o seu cumprimento;</li> <li>• Explicar à Sr.<sup>a</sup> S. o objetivo e descrever/ demonstrar, gradualmente, como realizar as diversas técnicas iniciadas, de forma a promover a capacidade de as realizar posteriormente sem ajuda, quer na presença da enfermeira quer sozinha;</li> <li>• Incentivar a posição de relaxamento;</li> </ul>	<p>17/10:</p> <p>Refere dor no ombro esquerdo e toracalgia na região infra costal esquerda, tolerando apenas o decúbito dorsal; eupneica (FR 16 cpm) com SpO<sub>2</sub> 92-94% sem aporte de O<sub>2</sub>, verificando-se respiração superficial com ligeira assimetria torácica (menor expansão pulmonar à esquerda); ligeira postura antiálgica defeituosa; Auscultação Pulmonar com murmúrio vesicular muito diminuído no 1/3 inferior do hemotórax esquerdo, sem ruídos adventícios. Por lapso, não foram utilizadas escalas para a avaliação da dor, nem dispneia e cansaço. Com a cabeceira em semifowler, tolerou sem dificuldade nem agravamento das queixas/sintomas mencionadas:</p> <p>Exercícios de reeducação diafragmática da porção posterior sem e com resistência, manual e com peso (1,5kg); da hemicúpula esquerda (em decúbito dorsal, com flexão do membro inferior esquerdo na expiração, pelo perímetro abdominal e dor);</p> <p>Exercícios de reeducação costal global com bastão (em decúbito dorsal); e seletiva, antero lateral esquerda (em decúbito semidorsal direito) sem e com resistência manual; e lateral esquerda (em decúbito lateral direito) com abdução do membro superior esquerdo na inspiração, tolerando até ao ângulo de 90°, sem resistência;</p>

	antiálgica defeituosa discreta, com ligeira flexão da coluna vertebral para a esquerda.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoção da consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios (inspirações profundas pelo nariz e expirações lentas pela boca);</li> <li>• Realização de exercícios de reeducação, de acordo com tolerância, essencialmente, abdomino-diafragmática (porção posterior e hemicúpula esquerda) e costal global e seletiva (anterolateral e lateral esquerda);</li> <li>• Validar o ensino e incentivar a terapêutica de posição (decúbito semidorsal e lateral direito), mantendo a cabeça elevada devido ao RGE;</li> <li>• Solicitar que traga o espirómetro de incentivo para a URR, para validar a sua correta utilização;</li> </ul>	<p>Exercícios de correção postural em frente ao espelho quadriculado, na posição de sentada – realização do correto alinhamento do corpo e exercícios de reeducação costal global com o bastão (tolerando até ao ângulo de 120°, na fase inspiratória e até cerca de 45° na fase expiratória);</p> <p>Exercícios de mobilização torácica e osteoarticular com recurso a roldanas, com resistência, com incremento de 0.5kg, bilateralmente, mas iniciando com a abertura costal esquerda.</p> <p>20/10 – Referiu melhoria da dor e do cansaço, anteriormente mencionados, com sensação de melhor estado geral. Padrão respiratório semelhante com melhoria da auscultação do murmúrio vesicular, no terço inferior esquerdo - embora diminuído, com crepitações. Posição antiálgica defeituosa menos evidente. Está a cumprir analgesia, que refere surtir efeito. Refere ter cumprido os exercícios respiratórios com o espirómetro e a terapêutica de posição. Manteve-se o cumprimento do plano de exercícios, com boa tolerância, com as seguintes alterações: Exercícios de reeducação da hemicúpula esquerda (em decúbito lateral esquerdo, que tolerou) com resistência manual;</p> <p>Exercícios de correção postural em frente ao espelho quadriculado, sentada, com reeducação costal global com o bastão, tolerando até ao ângulo de 120-180°, na</p>
--	---	--	--	--



			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incentivo e treino de exercícios com espirômetro de incentivo, em posição sentada e em terapêutica de posição;</li> <li>• Realização de exercícios de correção postural, em frente ao espelho quadriculado: <ul style="list-style-type: none"> <li>– com abertura costal global, com o bastão;</li> <li>– com abertura costal seletiva, com roldanas, com aumento gradual de incremento, de acordo com a tolerância; (realizar bilateralmente, iniciando com a abertura costal esquerda)</li> </ul> </li> <li>• Dar reforços positivos ao longo da sessão e terminar com uma retrospectiva do realizado/ conseguido;</li> <li>• Realização dos registos de enfermagem de reabilitação, nomeadamente sobre as atividades realizadas, sua tolerância,</li> </ul>	<p>fase inspiratória e 0° na fase expiratória; Aumentada a resistência nas roldanas para 1kg.</p> <p>21/10 – Padrão respiratório sobreponível. Sem toracalgia e dor ligeira no ombro. Manteve-se o cumprimento do plano de exercícios, com boa tolerância, com as seguintes alterações: Iniciados exercícios de reeducação costal seletiva, postero lateral esquerda (em decúbito semiventral direito) sem e com resistência manual; Posteriormente não tolerou o decúbito lateral esquerdo, por dor no ombro, pelo que a reeducação da hemicúpula esquerda foi novamente realizada em decúbito dorsal;</p> <p>Exercícios de correção postural em frente ao espelho quadriculado, de pé, com reeducação costal global com o bastão, tolerando até ao ângulo de 120-180°, na fase inspiratória e 0° na fase expiratória, após alongamento dos gêmeos (por dor); Exercícios de mobilização torácica e osteoarticular com recurso a roldanas, na posição de sentada, por cansaço físico.</p> <p>22/10 Referiu sensação de bem estar. Padrão respiratório semelhante com melhoria da auscultação no terço inferior esquerdo, apenas ligeiramente diminuído, sem ruídos adventícios. Refere ter cumprido os exercícios respiratórios com o</p>
--	--	--	---	---

			limitações aos exercícios e cooperação.	<p>espirómetro, na posição de sentada. Nega toracalgia em repouso e mantém dor ligeira no ombro. Mantém cumprimento de analgesia.</p> <p>Manteve-se o cumprimento do plano de exercícios, com boa tolerância, com as seguintes alterações:</p> <p>Aumento da resistência nos exercícios de reeducação costal seletiva, anterolateral e postero-lateral esquerda, com aumento do peso para 1kg;</p> <p>Introdução do espirómetro de incentivo, em decúbito semiventral direito;</p> <p>Tolerou exercícios de reeducação da hemicúpula esquerda (em decúbito lateral esquerdo) com resistência manual.</p>
--	--	--	---	--

## **APÊNDICE 8**

Plano de cuidados de enfermagem de reabilitação II



**Curso de Mestrado em Enfermagem**

*Área de Especialização*

***Enfermagem de Reabilitação***

*UC Estágio com relatório*

**Plano de Cuidados II**

---

**Unidade de Reabilitação Respiratória**

**Marta Susana Serra Lourenço Esteves**

**Prof.<sup>a</sup> Orientadora - Cristina Saraiva**

**Enf.<sup>a</sup> Orientadora – Maria Joaquina Ribeiro**

**Lisboa**

**2014**

## **COLHEITA DE DADOS**

**Nome:** C. R.

**Data de Nascimento:** 27/12/1945 (68 anos)

**Raça:** Caucasiana

**Motivo de referência:** reabilitação respiratória

### **História de doença atual:**

Teve internado no serviço de pneumologia, de 14 a 24 de Outubro, por agudização infecciosa de DPOC, com fenótipo misto, mas dominando o enfisema.

Durante o internamento realizou vários exames complementares de diagnóstico, dos quais se enumeram as principais alterações, descritas nos relatórios:

TAC torácica (20/10) - extensas áreas de enfisema centrilobulares, com distrofia bolhosa, tornando o lobo superior e inferior do pulmão esquerdo, e o lobo inferior do pulmão direito, pouco funcionantes; impactação mucóide em bronquíolos subsegmentares, de ambos os lobos inferiores, com espessamento difuso da parede brônquica e atelectasia subsegmentar, no segmento superior da língua; moderada a acentuada hiperinsuflação pulmonar; deformação da traqueia em “sabre”; Lipomatose mediastínica; doença aterosclerótica das artérias coronárias; e, bócio mergulhante à custa do lobo esquerdo da tiróide;

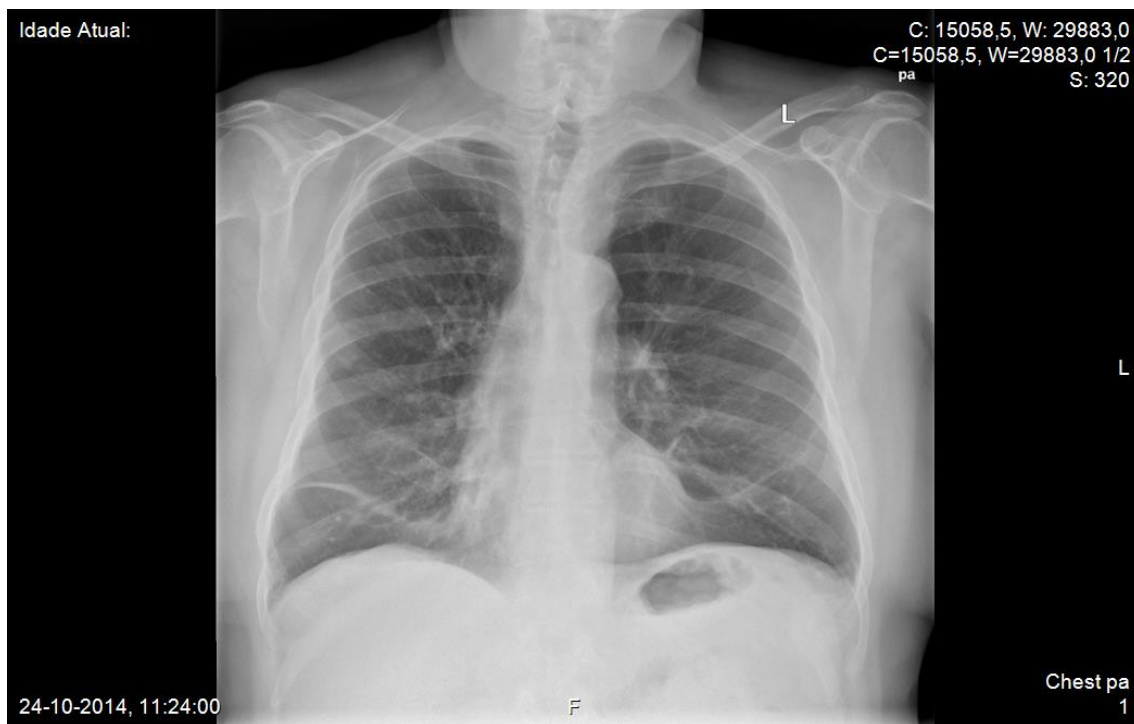
Provas de função respiratória<sup>1</sup> (22/10) - Obstrução brônquica e bronquiolar muito grave (FEV<sub>1</sub> 19; CVF 36; e após broncodilatador, FEV<sub>1</sub> 20; CVF 42);

Prova de marcha de 6 minutos<sup>2</sup> (22/10) – o Sr.º Carlos conseguiu percorrer apenas 25% da distância prevista (= 126m).

Radiografia de torác (PA) (24/10) – Alargamento bem definido do mediastino, com ligeiro desvio da traqueia para a direita; seios costofrénicos e cardiofrénicos bem definidos bilateralmente; horizontalização dos arcos costais; infiltrado difuso; zonas de hipotransparência heterogénea.

---

<sup>1,2</sup> Os resultados das provas de função respiratória e de marcha de 6 minutos não devem ser valorizados, uma vez que as condições necessárias para a realização das mesmas não foram garantidas, tendo o utente sido sujeito, acidentalmente, a um esforço físico intenso previamente.



Gasimetria arterial (24/10) – Ph 7,431; PaCO<sub>2</sub> – 42,5; Pa O<sub>2</sub> - 67,9; HCO<sub>3</sub> - 27,6.

#### Análises clínicas

	23/10	24/10
Hemoglobina	15.9	14.8
Hematocrito	47.3	42.9
Leucócitos x 10 <sup>9</sup> /L	<b>16.25</b>	<b>14.92</b>
Plaquetas	236	246
PCR	0.99	0.56
LDH (208-378)	374	355
CK total (32-294)	128	95
Fibrinogenio (200-400)	296	332
Amilase pancreática (13-53)	<b>104</b>	<b>107</b>
Lipase (13-60)	<b>175</b>	<b>169</b>
Proteínas totais (6.4–8.2)	<b>6.6</b>	<b>5.6</b>
Albumina (3.2-4.8)	4.1	3.6
Glicose	115	103

Teve alta com indicação para manter:

- oxigenoterapia de longa duração (OLD), 4l/min no esforço e 2l/min no período noturno;
- reabilitação respiratória, no domicílio e na unidade de reabilitação respiratória, devendo adquirir acapella®;

- terapêutica PO e inalatória:

Symbicort® 160/4.5 mcg	2 inalações	12h/12h + 2 em SOS
Spiriva® handihaler 18 mcg	1 cápsula/ inalação	1 x/dia (manhã)
Fluimucil® 600mg	1 comprimido	1x/dia (pequeno almoço)
Clopidogrel® 75 mg	1 comprimido	1x/dia (jantar)
Aspirina® 100mg	1 comprimido	1x/dia (pequeno almoço)
Diltiazem® 180 mg	1 comprimido	12h/12h
Procoralan® 5mg	1 comprimido	12h/12h
Epinitril® 5mg	Coloca de manhã e retira à noite	1x/dia
Visacor® 10mg	1 comprimido	1x/dia (jantar)

Posteriormente realizou o registo de oximetria nocturna (26/10), aguardando o relatório.

**Antecedentes Pessoais/ co-morbilidades:**

- Ex-fumador (fumador dos 12 aos 35 anos; UMA=23);
- Asma Brônquica alérgica, com impactação mucóide nos lobos inferiores;
- DPOC desde 1994, referindo, no máximo, 2 episódios de agudização/ ano, sem necessidade de internamento;
- Insuficiência respiratória parcial desde 2003;
- Hipertensão arterial;
- Enfarte agudo do miocárdio em 2012;
- Diabetes mellitus tipo 2.

**Profissão:** Reformado de gerente comercial; empresário

**Agregado Familiar:** Vive com a esposa, na Charneca da Caparica, concelho de Almada

**Condições habitacionais:** Vivenda própria, com 2 pisos.

**Avaliação de Enfermagem de Reabilitação (27/10)** – segundo o modelo teórico de Dorothea Orem

**Avaliação dos Requisitos de Autocuidado**

**Sinais Vitais**

TA: 139/78 mmHg;

FC: 86 bpm, pulso rítmico e cheio;

Respiração: respiração de predomínio torácico, amplitude mantida, simétrica e regular, com tiragem supra esternal ligeira; FR 18 ciclos/min;

Dispneia: 4

Dor: 0 (escala numérica)

<b>Requisitos Universais de Autocuidado</b>	<b>Padrão habitual de Autocuidado</b>	<b>Padrão atual de Autocuidado</b>
Manutenção de inspiração de ar suficiente.	Cansaço fácil, limitando a manutenção da atividade.	<b>Défice.</b> FR: 18 ciclos/min; SpO <sub>2</sub> 92% com aporte adicional de O <sub>2</sub> a 3 l/min., respiração de predomínio torácico, simétrica e regular, com tiragem supra esternal ligeira; Tosse produtiva; Escala de Borg Modificada (anexo I): dispneia 4/ Cansaço 6; Auscultação: Mv globalmente diminuído; Tórax em barril, adotando a posição de cocheiro. <b>Atuação do enfermeiro pelo sistema parcialmente compensatório, apoio e ensino.</b>
Manutenção de ingestão suficiente de água	Sem défice. Ingere habitualmente 1 a 1,5l de água por dia.	Sem défice



A manutenção de ingestão suficiente de alimentos	Não avaliado.	<p>Peso = 82 kg; Altura = 1,67 m; IMC = 29,4 (Pré-obesidade).</p> <p>Apetite mantido.</p> <p>Cumpre dieta geral diabética e faz controlo de glicémia.</p> <p>Mantém consulta de seguimento com dietista.</p> <p><b>Atuação do enfermeiro pelo sistema de apoio e ensino.</b></p>
Promoção dos cuidados associados com a eliminação	Não avaliado.	Não avaliado.
A manutenção do equilíbrio entre a atividade e o descanso	<p>Limitação da manutenção de atividade, por cansaço fácil a pequenos esforços, evitando sair de casa, há cerca de 12 a 15 meses.</p> <p>Nega alterações do sono.</p>	<p><b>Défice na manutenção da atividade.</b></p> <p>Deslocou-se à unidade em cadeira de rodas por limitação na marcha. Refere ainda dificuldade em outras atividades como na higiene, em vestir e despir, subir e descer escadas.</p> <p>Classificação 5 na escala MRC.</p> <p><b>Atuação do enfermeiro pelo sistema parcialmente compensatório e apoio e ensino.</b></p>
A manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social	<p>Limitação na interação social, por limitação na manutenção de atividade e dispneia, evitando sair de casa, há cerca de 12 a 15 meses.</p>	<p><b>Défice de interação social.</b></p> <p>Mantém as limitações anteriores.</p> <p><b>Atuação do enfermeiro pelo sistema de apoio e ensino.</b></p>
A prevenção dos riscos para a vida humana, para	<p>Sem défice.</p> <p>O Sr.º C. cessou os</p>	Sem défice.

o funcionamento humano e para o bem-estar humano.	hábitos tabágicos aos 35 anos.	
A promoção do funcionamento e desenvolvimento do homem dentro dos grupos sociais conforme o potencial humano, as limitações do homem e o desejo do homem de ser normal.	Desde há cerca de 12 a 15 meses, que não se sente um homem normal, pela dispneia e consequentes limitações na manutenção da atividade e interação social.	<p><b>Défice.</b></p> <p>O Sr.º C. referiu o desejo de ter a capacidade de sair de casa. Tem noção das suas limitações face à doença, mas tem dificuldade em aceitá-las devido a ter sido um homem com uma vida laboral e social ativa.</p> <p>Aplicados testes para avaliar a qualidade de vida da pessoa com DPOC:</p> <p><i>COPD assessment test</i> – CAT (0-40) – 20;</p> <p><i>The St George's Hospital Respiratory Questionnaire</i> (0-100): <i>Score</i> total = 84,37</p> <p><i>Score</i> (sintomas) = 89 / <i>Score</i> (atividade) = 100 / <i>Score</i> (impacto) = 73,5</p> <p><b>Atuação do enfermeiro pelo sistema de apoio e ensino.</b></p>
<b>Requisitos de autocuidado, por desvio de saúde</b>	<p>Teve uma vigilância de saúde regular, com cumprimento terapêutico, até há cerca de 2 anos.</p> <p>Devido à aposentação da sua médica pneumologista, de longa data, não procurou mais nenhum profissional, para a monitorização do seu estado de saúde, nem</p>	<p><b>Défice.</b></p> <p>O Sr.º C. é uma pessoa muito comunicativa, bem-educado e interessado nas orientações dadas sobre o controlo da sua doença; demonstra preocupação face a sua condição de saúde atual e desânimo pelas suas limitações, com um discurso de culpabilização por não ter tido uma vigilância médica regular, ignorando as agudizações respiratórias, nos últimos dois anos. Face a sua nova condição de saúde, demonstra dificuldade na adaptação aos diversos equipamentos e exercícios de reabilitação respiratória.</p> <p><b>Défice de autocuidado por desvio de saúde</b></p>

	mesmo em situação de crise ou agudização, até à data do internamento.	
<b>Requisitos de autocuidado de desenvolvimento</b>	Vive com a esposa, que é a principal cuidadora, necessitando da sua ajuda para as atividades de autocuidado; Uma vez por semana, tem a ajuda de uma empregada para as tarefas domésticas.	Sem défice.

**Resumo dos problemas identificados:**

- Alteração da relação ventilação/ perfusão, relacionada com a DPOC de predomínio enfisematoso, com insuficiência respiratória parcial, manifestada por hipoxemia e dispneia;
- Limpeza ineficaz das vias aéreas, relacionada com DPOC manifestada por estase de secreções mucopurulentas espessas e tosse ineficaz;
- Intolerância à atividade/esforço, relacionada com a DPOC, manifestada por dispneia a esforços, com aumento da FR e tiragem supraesternal e supraclavicular, condicionando a mobilidade;
- Dificuldade na gestão da doença, relacionada com a sua condição de saúde atual, manifestado por dificuldade na adaptação aos diversos equipamentos e exercícios de reabilitação respiratória.

Data	Problema	Objetivo	Ações de Enfermagem	Data de Avaliação
27/10	1. Alteração da relação ventilação/perfusão, relacionado com a DPOC de predomínio enfisematoso, com insuficiência respiratória parcial, manifestada por hipoxemia e dispneia;	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melhorar a eficiência da ventilação alveolar;</li> <li>2. Corrigir os defeitos ventilatórios;</li> <li>3. Fortalecer a musculatura respiratória;</li> <li>4. Prevenir e corrigir os defeitos posturais e as deformações torácicas.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta do processo clínico do utente;</li> <li>• Avaliação e registo dos sinais vitais e do padrão respiratório no início e final da sessão de RFR, utilizando a escala de BORG modificada, para a avaliação de dispneia e cansaço;</li> <li>• Manter OLD, com o débito de 3 l/min, durante a sessão, ajustando para SpO<sub>2</sub> 92-94% (prescrição médica);</li> <li>• Explicar as técnicas de RFR a realizar, ao Sr.º C., adequando não só ao nível de tolerância ao esforço e dispneia, mas também ao nível cognitivo e motivacional;</li> <li>• Incentivo da posição de relaxamento;</li> <li>• Promoção da consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios (inspirações profundas pelo nariz e expirações lentas pela boca), com os lábios semicerrados;</li> <li>• Realização de exercícios de reeducação, essencialmente, abdomino-</li> </ul>	<p>27/10</p> <p>Avaliação do padrão respiratório descrito anteriormente.</p> <p>Com a cabeceira em semifowler , tolerou sem agravamento da dispneia/ cansaço (escala de Borg modificada - 4/6), nem hipoxemia (SpO<sub>2</sub> &gt; 92% - 94%) ou alterações da pulsação (86-95 bpm) os seguintes exercícios, com ênfase na expiração, garantindo a oxigenoterapia a 3l/min:</p> <p>Posição de relaxamento e dissociação dos tempos expiratórios, com lábios semicerrados;</p> <p>Exercícios respiratórios de reeducação diafragmática da porção posterior sem e com resistência, manual e com peso (1kg); da hemicúpula esquerda e direita (em decúbito lateral esquerdo e direito, respetivamente, com flexão de ambos os membros inferiores), com necessidade de estimulação/ exercício assistido;</p> <p>Exercícios respiratórios de reeducação costal global sem bastão (em decúbito dorsal); e seletiva, antero lateral esquerda e direita (em decúbito semidorsal direito e esquerdo,</p>

			<p>diafragmática e costais inferiores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Reeducação do diafragma (porção posterior, hemicúpula direita e esquerda);</li> <li>– Realização de exercícios de reeducação costal seletiva da porção lateral (direita e esquerda) com abertura costal e global com bastão;</li> <li>– Realização de exercícios de reeducação costal inferior com faixa exsufadora.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar ênfase na expiração prolongada, com lábios semicerrados durante a realização dos exercícios;</li> <li>• Reforço positivo durante a realização dos exercícios;</li> <li>• Realização dos registos de enfermagem de reabilitação em folha própria.</li> </ul>	<p>respetivamente) sem resistência; e lateral esquerda e direita (em decúbito lateral direito e esquerdo) com ajuda na abdução do membro superior na inspiração, tolerando até ao ângulo de 90-100°, sem resistência;</p> <p>29/10 – Referiu agravamento da dispneia e do cansaço (escala de <i>Borg</i> modificada - 6/6), em relação ao dia 27; sem alterações muito significativas da SpO<sub>2</sub> (&gt; 91% - 93%) ou da pulsação (84-85 bpm); Relaciona à administração da vacina prevenar®; Contudo, referiu ter vindo a conduzir o seu automóvel e deslocou-se à unidade pelo próprio pé. Padrão respiratório, com AP semelhante.</p> <p>Mantido plano de exercícios anteriores, acrescentando os exercícios de desinsuflação com faixa exsufadora.</p>
--	--	--	--	---

<b>Data</b>	<b>Problema</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Ações de Enfermagem</b>	<b>Data de Avaliação</b>
27/10	1. Limpeza ineficaz das vias aéreas, relacionada com DPOC manifestada por estase de secreções mucopurulentas espessas e tosse ineficaz;	1. Manter as vias aéreas permeáveis.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter OLD, com o débito de 3 l/min, durante a sessão, ajustando para SpO<sub>2</sub> 92-94% (prescrição médica);</li> <li>• Administrar de aerossol pressurizado com SF 2ml, atrovent® 1ampola e fluimucil® 1ampola, antes da sessão (prescrição médica);</li> <li>• Incentivo da posição de relaxamento;</li> <li>• Exercícios de consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios, com ênfase na fase expiratória;</li> <li>• Drenagem postural modificada, com manobras acessórias (vibrocompressões);</li> <li>• Ensino sobre o ciclo ativo das técnicas respiratórias;</li> <li>• Ensino sobre a técnica da tosse dirigida;</li> <li>• Incentivo à continuação do uso de dispositivos de ajuda, solicitando que para a sessão de RFR na URR (acapella®);</li> </ul>	<p>27/10 - Avaliação do padrão respiratório descrito anteriormente.</p> <p>Com tosse produtiva, referindo dificuldade em expelir as secreções.</p> <p>Administrado aerossol antes da sessão. Constataram-se ligeiros fervores à palpação no 1/3 médio do hemitórax esquerdo, durante a redução costal em DLD e DSDD; Feita mobilização de secreções, com compressões e vibrações, e ensino da TEF/ huff, uma vez que ainda não possui o dispositivo de ajuda (acapella®); Ensino e treino da técnica de tosse dirigida, e aplicada a técnica de tosse assistida, sem efeito aparente. Negou ter deglutido.</p> <p>29/10 - Avaliação do padrão respiratório, incluindo AP, descrito no problema anterior.</p> <p>Com tosse produtiva, esporádica e eficaz, no domicílio (sic).</p> <p>Administrado aerossol antes da sessão. Verificaram-se alguns acessos de tosse produtiva ineficazes e ligeiros fervores dispersos no hemitórax esquerdo, durante a redução costal em DLD e DSDD;</p> <p>Mantido plano de exercícios iniciados anteriormente; a aguardar a aquisição do acapella®.</p>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação das características da tosse e expectoração;</li> <li>• Realização dos registos de enfermagem de reabilitação em folha própria.</li> </ul>	
--	--	--	---	--



<b>Data</b>	<b>Problema</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Ações de Enfermagem</b>	<b>Data de Avaliação</b>
27/10	1. Intolerância à atividade/esforço, relacionada com a DPOC, manifestada por dispneia a esforços, com aumento da FR e tiragem supraesternal e supraclavicular, condicionando a mobilidade;	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Controlar a dispneia e cansaço;</li> <li>2. Otimizar a conservação de energia na realização das atividades de autocuidado</li> <li>3. Melhorar a força muscular</li> <li>4. Melhorar a qualidade de vida do utente</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensino sobre a importância de realizar a inspiração em repouso e expiração prolongada, com os lábios semicerrados, durante o esforço, no treino de exercício;</li> <li>• Mostrar disponibilidade para esclarecer dúvidas e receios;</li> <li>• Treino da marcha;</li> <li>• Treino de subida e descida de escadas;</li> <li>• Treino das posições de descanso e relaxamento (posição de cocheiro), em esforço;</li> <li>• Ensino e treino de técnicas de conservação de energia na realização das atividades de autocuidado;</li> <li>• Treino de exercícios de fortalecimento muscular dos músculos dos membros superiores e inferiores, adicionando incrementos, com aumento progressivo, de acordo com a tolerância do doente;</li> </ul>	<p>27/10 – Por referir viver numa vivenda com escadas e por se verificar e referir limitações na atividade optou-se por iniciar o Treino da marcha (cerca de 100 m) e escadas (cerca de 12 degraus), posições de descanso e relaxamento, em esforço (posição de cocheiro em pé).</p> <p>Manteve monitorização de SpO<sub>2</sub> com 92% - 94%, pulsação (86-95 bpm) e TAS = 133 a 147 mmHg e TAD 72 a 80 mmHg, sem agravamento do cansaço (score 6 na escala de <i>Borg</i> modificada).</p> <p>29/10 – A seu pedido, referindo aumento do cansaço (score 8 na escala de <i>Borg</i> modificada), não foi feito treino de exercício.</p>

<b>Data</b>	<b>Problema</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Ações de Enfermagem</b>	<b>Data de Avaliação</b>
27/10	1. Dificuldade na gestão da doença, relacionada com a sua condição de saúde atual, manifestado por dificuldade na adaptação aos diversos equipamentos e exercícios de reabilitação respiratória.	1. Promover a adesão terapêutica e a promoção da saúde;  2. Fornecer suporte emocional;	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Validação dos conhecimentos, com o utente, sobre:</li> <li>• Administração da terapêutica inalatória,</li> <li>• OLD,</li> <li>• Técnicas de reeducação diafragmática e costal;</li> <li>• Utilização de acapella® e técnica da tosse dirigida/ TEF;</li> <li>• Avaliação de glicémias;</li> <li>• Mostrar disponibilidade para esclarecer dúvidas e receios;</li> <li>• Oferta dos panfletos adequados, existentes no serviço.</li> </ul>	27/10 Mostrado interesse pela condição de saúde atual do Sr.º C. e suas dificuldades; O Sr.º C e a esposa verbalizaram dificuldades em relação à utilização da máquina para avaliação da glicémia capilar; Feito ensino sobre os cuidados e procedimento genérico da utilização da agulha e máquina; Solicitado que na próxima sessão trouxessem o equipamento para validar o ensino. Feito ensino sobre as técnicas de reeducação diafragmática e costal, técnica da tosse dirigida/ TEF. 29/10 Feita validação do ensino da terapêutica inalatória, com a folha de registo própria do serviço, verificando-se que a ordem de administração dos dispositivos não estava correta; Recetivo à correção/ orientações - A reavaliar. Validado ensino sobre a utilização da agulha e máquina, para a avaliação de glicémia capilar, com o equipamento do próprio.

## **APÊNDICE 9**

Plano de cuidados de enfermagem de reabilitação III



**Curso de Mestrado em Enfermagem**

*Área de Especialização*

*Enfermagem de Reabilitação*

*UC Estágio com relatório*

**Plano de Cuidados III**

---

**Equipa de Cuidados Continuados Integrados**

**Marta Susana Serra Lourenço Esteves**

**Prof.<sup>a</sup> Orientadora - Cristina Saraiva**

**Enf.<sup>a</sup> Orientadora – Fátima Baião**

**Lisboa**

**2014**



## **COLHEITA DE DADOS**

**Nome:** M. F. S.

**Idade:** 14 anos (Data de nascimento – 12/07/2000)

**Raça:** Caucasiana

### **Diagnósticos:**

- Doença neurológica crónica grave, que se manifesta por:
- Atraso profundo do desenvolvimento global (sem aquisições motoras, de linguagem, cognitivas);
- Tetraparésia espástica;
- Escoliose grave;
- Necessidade de alimentação por gastrostomia desde 1 de fevereiro de 2013, por dificuldade em alimentar-se oralmente;
- Infecções respiratórias de repetição.

### **Antecedentes Pessoais:**

Segundo o registo do Boletim Individual de Saúde, o período de gestação e neonatal não teve intercorrências relevantes, tendo tido alta aos 3 dias de vida com exame clínico normal.

Com aproximadamente, 3 semanas de vida, teve um internamento por onfalite.

Aos 7 meses tem registo de um atraso do desenvolvimento, com tetraparésia espástica e paralisia cerebral, de etiologia a esclarecer, tendo iniciado consultas nas várias especialidades: genética, neurologia, doenças metabólicas, ortopedia, fisioterapia, entre outras. Os exames complementares de diagnóstico realizados, ao longo dos anos, não permitiram um diagnóstico concreto, contudo demonstraram um cariótipo normal e excluíram várias doenças metabólicas.

A 26/04/2005 (4 <sup>1</sup>/<sub>2</sub> anos) foi submetida a intervenção cirúrgica ortopédica, para correção dos adutores da anca e reto interno à direita, e adutores e flexores da anca à esquerda. Nesta altura, integrou o programa de Cuidados Continuados no Centro de saúde, tendo tido alta em 2009.

Mais recentemente, teve um internamento de 6 a 16 de janeiro de 2013, por pneumonia complicada, com atelectasia do lobo inferior direito e fina lâmina de derrame, tendo tido alta com gastrostomia programada para 1 de fevereiro, que realizou

sem intercorrências (internamento de 31/01 a 2/02 de 2013). Após este último episódio integrou a ECCI, para cuidados de reabilitação.

**Terapêutica atual:** Melamil® 4 gotas à noite; laxante (produto natural) ½ cp/ dia;

**Terapêutica SOS:** diazepam ½ cp/ dia; salbutamol, solução para nebulização, 10 gotas em 3 ml de soro fisiológico, 3xdia; brometo de ipatrópio, solução para nebulização, 1 ml, 3xdia.

**Agregado Familiar:** Vive com a mãe, que está desempregada e é a sua cuidadora. O pai está emigrado em França. Tem uma irmã, com 25 anos de idade, empregada numa superfície comercial, que está em processo de saída de casa, para viver com o namorado.

**Crises familiares:** A irmã está a aguardar marcação de cirurgia ginecológica para excisão de lesão do colo do útero (a citologia cervical revelou presença de células displásicas). A mãe manifesta muita preocupação face ao descrito e revela que recorreu ao serviço de urgência por crise hipertensiva, que associa a ansiedade. Está medicada.

**Condições habitacionais:** Vivenda própria, hipotecada.

**Avaliação de Enfermagem de Reabilitação (9 janeiro 2015)** – segundo o modelo teórico de Dorothea Orem

### **Avaliação dos Requisitos de Autocuidado**

#### **Sinais Vitais**

TA ----

FC 79 bpm

FR: 18 ciclos/min;

Dispneia -----

Dor: 4 (escala FLACC) – Face 1 / Pernas 1/ Atividade 0/ Choro 1/ Consolabilidade 1

### **Avaliação Neurológica**

- Estado de consciência – Escala de comas de Glasgow 9 - abertura ocular espontânea (4)/ resposta verbal com sons incompreensíveis (2)/ resposta motora com flexão anormal (3)
- Avaliação pupilar – pupilas isocóricas e isorreativas à luz, embora com resposta ligeiramente lentificada.
- Avaliação dos Pares Cranianos – não foi possível avaliar os Pares I, II, IX, XI, por impossibilidade de colaboração por parte da criança; Par III, IV e VI – segue com o olhar de forma inconstante, e observa-se nistagmo vertical por períodos; Par V – fuga ao toque da face e aumento da tonicidade do corpo; reflexo córneo palpebral presente; Par VII – Sialorreia, aparentemente por dificuldade na deglutição; Observa-se uma assimetria da face que parece relacionada com alterações estruturais e não neurológicas. Como por exemplo, o olho esquerdo está localizado mais externamente e ligeiramente abaixo, quando comparado ao direito; Par VIII – reativa aos sons, dirigindo o olhar na direção do estímulo; Não tem equilíbrio estático, aparentemente pelo agravamento das suas limitações da motricidade (força e tônus muscular e coordenação); Par X – sem reflexo de vômito; Par XII – desvio da úvula para a direita.

- Avaliação da sensibilidade – de uma forma geral, reage ao toque com aumento da espasticidade ou com piloereção;
- Avaliação da espasticidade segundo a escala de Ashworth modificada – (4) quadro de rigidez instalada em todos os segmentos, com limitação articular grave - Avaliação do hemicorpo direito:
  - Articulação escapulo umeral – flexão 0-90°; extensão 0-45°; abdução 0-90°; adução 0-45°; a amplitude dos movimentos de rotação interna e externa não foram possíveis de avaliar, devido às alterações articulares do cotovelo e antebraço;
  - Cotovelo – limitação por dor aparente, na flexão 0-100°;
  - Antebraço – pronação e supinação 0-45°;
  - Punho - flexão 0-20°; extensão excessiva 0-160°; desvio radial 0-45°; desvio cubital 0°;
  - Dedos da mão – 1.º dedo com posição consolidada em flexão; nos restantes 4 dedos é possível a flexão extensão (0-90°) e a adução e abdução;
  - Coxo femoral - flexão 0-90°; extensão 0-10°; abdução 0-20°; adução 0-30°; rotação interna e externa 0-45°;
  - Joelho - flexão 45-130° (não é possível a extensão);
  - Tibiotársica – dorsiflexão 0-20°; flexão plantar 0-35°
  - Pé – inversão excessiva; eversão ligeira;
  - Dedos do pé – pouca mobilidade por dor; 2.º dedo “em gatilho”.
  - Avaliação do hemicorpo esquerdo – ainda não realizada.

**Avaliação do grau de dependência** – Escala de Barthel<sup>1</sup>: zero.

Alimentação – 0/ Transferências – 0/ Higiene Pessoal – 0/ Utilização do WC – 0/ Banho – 0/ Mobilidade – 0/ Subir e Descer escadas – 0/ Vestir – 0/ Controlo intestinal – 0/ Controlo urinário – 0

---

<sup>1</sup> Escala de Barthel disponível na Norma nº 054/2011 de 27/12/2011 em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas.aspx?v=b0adfa30-834d-4699-b19a-02d207508148>



<b>Requisitos Universais de Autocuidado</b>	<b>Padrão habitual de Autocuidado</b>	<b>Padrão atual de Autocuidado</b>
Manutenção de inspiração de ar suficiente.	<p><b>Défice.</b>  Infeções respiratórias de repetição e episódios de apneia durante o sono e episódios de agitação com espasticidade marcada.  Tem respiração superficial, mas com SpO<sub>2</sub>&gt;92%, sem necessidade de oxigenoterapia ou suporte ventilatórios.  Auscultação Pulmonar: Murmúrio vesicular globalmente diminuído, com ausência de murmúrio no 1/3 inferior direito.  Presença de roncos e crepitações esporadicamente, nos vários campos pulmonares.  Tem aspirador de secreções, que a mãe utiliza de forma variável, de acordo com a quantidade de secreções.</p>	<p><b>Défice.</b>  Respiração superficial, mista e irregular, com FR: 18 ciclos/min e SpO<sub>2</sub> 89-90%, com tiragem supra esternal e infra costal ligeira.  Segundo a mãe, os episódios de apneia estão controlados desde que iniciou ozonoterapia, uma vez por semana.  Auscultação Pulmonar: Murmúrio vesicular globalmente diminuído, sem ruídos adventícios;  Tórax pouco móvel, com depressão costal. Escoliose à esquerda.  <b>Atuação do enfermeiro pelo sistema parcialmente compensatório, apoio e ensino ao cuidador.</b></p>
Manutenção de ingestão suficiente de água	<p><b>Défice.</b>  Administrados habitualmente 160 ml de água, por dia<sup>2</sup>.  Contudo não tem sinais de desidratação.</p>	<p><b>Défice.</b>  Mantém o mesmo volume de ingestão de água.  Mantém magreza extrema, mas sem sinais de desidratação.  <b>Atuação do enfermeiro pelo sistema de apoio e ensino ao cuidador.</b></p>
A manutenção de ingestão suficiente de alimentos	<p><b>Défice.</b>  Peso 17.500 (Percentil peso 10)<sup>3</sup>  Estado de desnutrição. Tem cumprido vários planos alimentares, incluindo suplementos calóricos, e feitas tentativas de aumentar o volume da quantidade administrada, sem sucesso, por náuseas e estase gástrica.</p>	<p><b>Défice.</b>  É alimentada por gastrostomia, cumprindo dieta líquida a pastosa, 4 vezes/ dia, até 250ml de papa láctea, sopa com carne ou peixe e massa ou arroz, fruta triturada e iogurtes. Faz suplemento calórico 3 vezes/ dia - fortimel® 1 medida.  <b>Atuação do enfermeiro pelo sistema de apoio e ensino ao cuidador.</b></p>

<sup>2</sup>Ingestão recomendada de água proveniente de bebidas para adolescentes e adultos – 1.5 l/dia (valores de referência para indivíduos saudáveis) disponível em [http://www.ihs.pt/hid\\_rec\\_ingestao.php](http://www.ihs.pt/hid_rec_ingestao.php)

<sup>3</sup> De acordo com as Novas Curvas de Crescimento Específicas para as crianças com Paralisia Cerebral, de acordo com o nível de comprometimento motor, disponível em [http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=0CD4QFjAD&url=http%3A%2F%2Fsigarra.up.pt%2Ffcnaup%2Fen%2Fpubls\\_pesquisa.show\\_publ\\_file%3Fpct\\_gdoc\\_id%3D8742&ei=hQ68VIquM8X3UKYJgbAC&usq=AFQjCNGKetjRNC8cc9TtPByamgkIf1Hg&bvm=bv.83829542,d.bGQ](http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=0CD4QFjAD&url=http%3A%2F%2Fsigarra.up.pt%2Ffcnaup%2Fen%2Fpubls_pesquisa.show_publ_file%3Fpct_gdoc_id%3D8742&ei=hQ68VIquM8X3UKYJgbAC&usq=AFQjCNGKetjRNC8cc9TtPByamgkIf1Hg&bvm=bv.83829542,d.bGQ)

Promoção dos cuidados associados com a eliminação	<b>Défice.</b> Incontinência urinária e intestinal. Obstipação.	<b>Défice.</b> Evacua de 2 em 2 dias, fezes pastosas, com necessidade de estimulação retal. Faz suplemento de fibras, em pó, 1 medida, 2 vezes/dia, nas refeições, e laxante. <b>Atuação do enfermeiro pelo sistema de apoio e ensino ao cuidador.</b>
A manutenção do equilíbrio entre a atividade e o descanso	<b>Défice.</b> Limitação da manutenção de atividade, por hipotonia cervical e tetraparésia, escoliose à esquerda, com limitações graves da amplitude articular e rigidez generalizada. Tolera levantar para cadeira de transporte própria. Tem talas de posicionamento da mão, que tolera por curtos períodos (cerca de 15 min/ dia), por rubor e maceração da pele. Tem cadeira de banho, sem rodas, com estrutura de PVC, com revestimento de nylon, com apoio de cabeça e vários ajustes de inclinação, adaptada à criança e banheira. Sono com padrão irregular.	<b>Défice.</b> Mantém a limitação da manutenção de atividade e descanso referidas e apoios mencionados. <b>Atuação do enfermeiro pelo sistema parcialmente compensatório e apoio e ensino ao cuidador.</b>
A manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social	<b>Défice de interação social.</b> Limitação na interação social, uma vez que a mãe e a Fátima permanecem em casa, dependendo de terceiros para saírem (normalmente da irmã ou vizinhos). Não têm carro próprio. A F. está inscrita na escola, integrada numa turma inespecífica, mas não frequenta por decisão da mãe, com concordância da equipa da ECCI, uma vez que a escola não reúne condições físicas, nem de recursos humanos, para estimulação e os cuidados necessários à filha.	<b>Défice de interação social.</b> Mantém as limitações descritas. <b>Atuação do enfermeiro pelo sistema de apoio e ensino ao cuidador.</b>
A prevenção dos riscos para a vida humana, para o funcionamento humano e para o bem-estar humano.	<b>Défice.</b> Não segue as orientações dadas sobre a limpeza e manutenção dos equipamentos, como o aspirador de secreções e o nebulizador ultrassónico.	<b>Défice.</b> Mantém alguns hábitos não saudáveis, relacionados com a manutenção dos equipamentos, como por exemplo: sonda adaptada ao circuito e mergulhada em água, depois de utilizada; copo de nebulização húmido, sem limpeza após a sua utilização.

		<b>Atuação do enfermeiro pelo sistema de apoio e ensino ao cuidador.</b>
A promoção do funcionamento e desenvolvimento do homem dentro dos grupos sociais conforme o potencial humano, as limitações do homem e o desejo do homem de ser normal.	<b>Défice</b> relacionado com as limitações na interação social, anteriormente mencionadas.	<b>Défice</b> relacionado com as limitações na interação social, anteriormente mencionadas. <b>Atuação do enfermeiro pelo sistema de apoio e ensino ao cuidador.</b>
<b>Requisitos de autocuidado, por desvio de saúde</b>	<b>Défice.</b> Tem uma vigilância de saúde regular, em consultas de várias especialidades no HDE. Contudo, reduz ou altera a medicação prescrita por iniciativa própria; não segue as orientações dadas sobre a limpeza e manutenção dos equipamentos, anteriormente mencionadas.	<b>Défice.</b> A mãe da F. é uma pessoa comunicativa, mas reservada, com hábitos sólidos nos cuidados à filha. Quando necessário, é persistente na procura da assistência necessária para a sua filha. Aparenta ser uma pessoa pouco receptiva à mudança. Mantém hábitos não saudáveis, anteriormente mencionados, associados à manutenção dos equipamentos. <b>Atuação do enfermeiro pelo sistema de apoio e ensino ao cuidador.</b>
<b>Requisitos de autocuidado de desenvolvimento</b>	Sem intercorrências recentes.	<b>Défice.</b> Crise familiar já mencionada, que pode comprometer ou alterar as atividades de autocuidado da F.

### **Resumo dos problemas identificados:**

- Respiração comprometida, relacionada com doença neurológica crónica grave, manifestada por respiração superficial e irregular, com SpO<sub>2</sub> oscilantes entre 89-99%, e AP com Murmúrio vesicular globalmente diminuído;
- Risco de Limpeza das vias aéreas ineficaz, relacionada com doença neurológica crónica grave, e infeções respiratórias de repetição;
- Risco de desidratação por volume de ingestão de água inferior ao recomendado;
- Ingestão de alimentos deficitária, relacionada com doença neurológica crónica grave e má tolerância alimentar, manifestada por Percentil peso 10 (Peso = 17.500);
- Incontinência urinária e intestinal relacionada com doença neurológica crónica grave;
- Obstipação relacionada com doença neurológica crónica grave e imobilidade;
- Mobilidade comprometida relacionada com doença neurológica crónica grave manifestada por hipotonia cervical e tetraparésia, cifoesciose à esquerda, com limitações graves da amplitude articular e rigidez generalizada.
- Isolamento Social relacionado com doença neurológica crónica grave e ausência de condições escolares adequadas, manifestada por recusa da mãe em levar a F. a frequentar a escola;
- Adesão ao regime terapêutico comprometido, manifestado por iniciativa na alteração da medicação prescrita e não cumprimento das orientações dadas sobre a limpeza e manutenção dos equipamentos.

Tendo em conta a complexidade da situação, irei desenvolver apenas intervenções dirigidas aos diagnósticos 1, 2 e 7.

Plano Individual de Intervenção				
Data	Problema	Objetivo	Ações de Enfermagem	Data de Avaliação
9/01	1. Respiração comprometida, relacionada com doença neurológica crónica grave, manifestada por respiração superficial e irregular, com SpO <sub>2</sub> oscilantes entre 89-90%; AP com Murmúrio vesicular globalmente diminuído; Tórax pouco móvel, com depressão costal e escoliose à esquerda;	<ul style="list-style-type: none"> <li>Melhorar a relação ventilação/perfusão;</li> <li>Promover a expansão pulmonar;</li> <li>Evitar o agravamento dos defeitos posturais e deformações torácicas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consulta do processo clínico do utente;</li> <li>Tomada de conhecimento sobre as intercorrências, no intervalo das visitas domiciliárias;</li> <li>Interação com a F., através de contato visual, toque e tom de voz suave;</li> <li>Avaliação e registo dos sinais vitais e do padrão respiratório no início e final da sessão de RFR;</li> <li><u>Em decúbito dorsal:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Realização de exercícios de reeducação abdomino-diafragmática (porção posterior);</li> <li>Realização de exercícios de reeducação costal inferior;</li> </ul> </li> <li><u>Em decúbito lateral direito e esquerdo:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Realização de exercícios de reeducação abdomino-diafragmática (hemicúpula direita e esquerda, respetivamente);</li> <li>Realização de exercícios de reeducação costal seletiva da porção lateral (esquerda e direita, respetivamente) com abertura costal, respeitando as limitações articulares da escapulo umeral;</li> </ul> </li> <li>Reforço positivo durante a realização dos exercícios, através do toque e tom de voz;</li> <li>Avaliação sobre a receptividade da mãe, aos ensinamentos sobre as técnicas de RFR;</li> <li>Realização de ensinamentos à mãe, sobre as técnicas de RFR;</li> <li>Monitorização das dificuldades sentidas;</li> <li>Realização dos registos de enfermagem de reabilitação.</li> </ul>	9/01 - Avaliação do padrão respiratório descrito anteriormente. Sem intercorrências ou agudização respiratória desde a última visita domiciliária. Com a cabeceira em semifowler, tolerou sem aumento da espasticidade ou agitação, a realização de exercícios de reeducação costal inferior, verificando-se o aumento das SpO <sub>2</sub> para 99%.

<b>Data</b>	<b>Problema</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Intervenções</b>	<b>Avaliação</b>
09/01	2. Risco de Limpeza das vias aéreas ineficaz, relacionada com doença neurológica crônica grave e infecções respiratórias de repetição anteriores.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manter as vias aéreas permeáveis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tomada de conhecimento sobre as intercorrências, no intervalo das visitas domiciliárias;</li> <li>Interação com a F., através de contato visual, toque e tom de voz suave;</li> <li>Avaliação e registo do padrão respiratório no início e final da sessão de RFR;</li> <li>Avaliação sobre a necessidade de administração da terapêutica broncodilatadora, prescrita em SOS;</li> <li>Realização de drenagem postural modificada, com manobras acessórias (percurssões, vibrações e compressões);</li> <li>Tosse manualmente assistida;</li> <li>Realização de aspiração de secreções, se necessário;</li> <li>Avaliação das características da tosse e expetoração;</li> <li>Validar ensinios sobre a técnica de aspiração de secreções</li> <li>Realização dos registos de enfermagem de reabilitação em folha própria.</li> </ul>	09/01 – Avaliação anteriormente referida. Sem intercorrências ou agudização respiratória desde a última visita domiciliária.

<b>Data</b>	<b>Problema</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Ações de Enfermagem</b>	<b>Data de Avaliação</b>
9/01	3. Mobilidade comprometida relacionada com doença neurológica crônica grave manifestada por hipotonia cervical e tetraparésia, cifoescoliose à esquerda, com limitações graves da amplitude articular e rigidez generalizada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter a mobilidade articular presente;</li> <li>• Estimular a circulação;</li> <li>• Diminuir a espasticidade;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tomada de conhecimento sobre as intercorrências, no intervalo das visitas domiciliares;</li> <li>• Interação com a F., através de contato visual, toque e tom de voz suave;</li> <li>• Promoção de uma posição de relaxamento – decúbito dorsal, com almofada debaixo da cabeça;</li> <li>• Remoção parcial e gradual da roupa, para facilitar as mobilizações;</li> <li>• Execução de mobilizações passivas, com movimentos suaves, lentos e rítmicos, respeitando as limitações articulares existentes, começando dos segmentos distais para os proximais, até ao limite da dor;</li> <li>• Avaliação regular, mensal, da amplitude articular e grau de espasticidade de acordo com a escala de Ashworth.</li> </ul>	09/01- Após cumprimento à F., através do toque na face, olhar e voz, foi realizado posicionamento em decúbito dorsal. Removidas algumas roupas e realizada avaliação da espasticidade do hemicorpo direito, e amplitude articular, através de mobilizações passivas.

## **APÊNDICE 10**

Plano de cuidados de enfermagem de reabilitação IV





**Curso de Mestrado em Enfermagem**

*Área de Especialização*

*Enfermagem de Reabilitação*

*UC Estágio com relatório*

**Plano de Cuidados IV**

---

**Equipa de Cuidados Continuados Integrados**

**Marta Susana Serra Lourenço Esteves**

**Prof.<sup>a</sup> Orientadora - Cristina Saraiva**

**Enf.<sup>a</sup> Orientadora – Fátima Baião**

**Lisboa**

**2015**

## **COLHEITA DE DADOS**

**Nome:** M. D. S.

**Idade:** 81 anos (Data de nascimento registada – 30/05/1936 – 78 anos)

**Raça:** Caucasiana

**Diagnósticos:** Acidente Vascular Cerebral no centro semi-oval esquerdo, manifestado por hemiparesia à direita e desequilíbrio ortostático.

**História de doença atual:** A 18 de dezembro, por hemiparésia à direita de predomínio braquial, com início às 7h15, foi levada ao serviço de urgência do centro hospitalar da área de residência. Ao abrigo do protocolo hospitalar, foi transferida para o hospital distrital, onde foi observada pelo neurologista e realizou, no mesmo dia, TAC CE que não revelou lesões isquémicas e/ou hemorrágicas. Foi novamente transferida para o centro hospitalar da área de residência, onde ficou internada de 19 a 23 de dezembro de 2014. Durante o internamento repetiu TAC CE a 22 de dezembro que revelou “enfarte isquémico recente no centro oval esquerdo. Discreta leucoencefalopatia isquémica crónica microangiopática”. Teve alta para o domicílio, com indicação para realizar fisioterapia 3 vezes por semana, em ambulatório (2<sup>a</sup>/4<sup>a</sup>/6<sup>a</sup> feiras). Desde então, vive em casa da filha, que solicitou o apoio domiciliário para a higiene diária, ao Centro Social e Paroquial. Integra a ECCI a 13 janeiro para cuidados de reabilitação.

### **Antecedentes Pessoais/ co-morbilidades:**

- Hipertensão Arterial;
- Enfarte agudo do miocárdio (há 2 anos);
- Diabetes Mellitus tipo 2 (diagnosticada no contexto do internamento, tendo iniciado antidiabéticos orais).

**Terapêutica atual:** Pravastatina 20mg (1cp/ dia); Bisoprolol 5 mg (1cp/ dia); Diazepam 5 mg (1cp/ dia); Telmisartan+ Hidroclorotiazida 80/12.5 mg (1cp/ dia); Ácido Acetilsalicílico 500mg (1cp/ dia); Sitagliptina+ metformina 50/850 mg (1cp/ dia).

**Agregado Familiar:** A Sr.<sup>a</sup> D.<sup>a</sup> M. é viúva há 20 anos e, até à data do episódio descrito, vivia em casa arrendada, sozinha. Desde então vive com a filha, de 53 anos, o genro e os dois netos (neta com 30 anos e neto com 24 anos). A sua filha e neta são as principais

cuidadoras. Tem um filho que vive a cerca de 30km e que a visita habitualmente uma vez por mês.

A sua filha é profissionalmente ativa. Trabalha por conta própria, num café, no mesmo edifício da residência.

A Sr.<sup>a</sup> D.<sup>a</sup> M. refere não saber ler, nem escrever. Mas tem facilidade de cálculo. Está reformada, tendo mantido uma vida ativa na gestão da sua casa, e colaborando com a filha, no atendimento, no café.

**Condições habitacionais** (residência atual): Vivenda, com boas condições habitacionais, de dois andares, com saneamento básico, instalação elétrica e bem climatizada, sendo as principais barreiras arquitetónicas identificadas a presença de tapetes soltos e dois degraus de acesso à casa. A Sr.<sup>a</sup> D.<sup>a</sup> M. está a dormir na sala, situada no rés do chão, onde permanece a maior parte do dia.

## **AValiação DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO (13 janeiro 2015) – segundo o modelo teórico de Dorothea Orem**

### **Avaliação dos Requisitos de Autocuidado**

#### **Sinais Vitais**

TA ---

FC ---

FR: 14 ciclos/min, respiração predominantemente torácica, simétrica, regular e superficial.

Dispneia 0

Dor: 0 (escala numérica)

#### **Aspeto geral**

Bom estado geral. Pele e mucosas coradas e hidratadas. Aspeto cuidado. Enérgica. Altura aproximadamente 1m 55cm; Peso aproximadamente 50kg. Ligeira cifose. Várias deformações ósseas nas mãos e pés (artroses) e *hallux valgus* bilateral.

#### **Avaliação Neurológica**

- Estado de consciência – Escala de comas de Glasgow 15 - abertura ocular: espontânea (4)/ resposta verbal: orientado (5)/ resposta motora: obedece a ordens (6);
- Avaliação dos Pares Cranianos – Par VII – Ligeiro apagamento do sulco nasogeniano à direita. Sorriso simétrico. Nega dificuldade na deglutição; Par VIII – Tem equilíbrio estático e dinâmico, sentada. Em posição ortostática é incapaz de manter o equilíbrio; Par XI – Assimetria da força na elevação do trapézio (diminuída à direita); Par XII – movimentos da língua mantidos; sem desvio da úvula.
- Avaliação da sensibilidade – sensibilidade tátil mantida;

- Linguagem – sem alterações no discurso espontâneo; Relativamente à compreensão, de uma forma geral, não demonstra dificuldade, executando ordens ou instruções simples. Contudo, por vezes, demonstra dificuldade em realizar algumas ordens pedidas, nem sempre mais complexas, tornando a avaliação inconsistente;
- Coordenação motora – dismetria à direita, aparentemente relacionada com a diminuição da força muscular; coordenação mantida à esquerda;
- Avaliação da força muscular segundo a *MRC motor scale* – hemiparésia à direita, de predomínio braquial:
  - Articulação escapulo umeral – 3/5 em todos os movimentos;
  - Cotovelo – flexão e extensão 3/5;
  - Antebraço – pronação e supinação 0/5;
  - Punho - flexão 1/5; extensão 0/5; desvio radial 1/5; desvio cubital 0/5;
  - Dedos da mão – flexão 3/5; extensão 0/5; abdução e adução 0-1/5;
  - Coxo femural - 3/5 em todos os movimentos;
  - Joelho – flexão e extensão 3/5;
  - Tibiotársica – dorsiflexão 1/5; flexão plantar 3/5;
  - Pé – inversão 3/5; eversão 1/5;
  - Dedos do pé – flexão e extensão 3/5.
  - Avaliação da espasticidade segundo a escala de *Ashworth* modificada, do hemicorpo direito – sem alterações, exceto:
    - Cotovelo – grau 1-2;
    - Tibiotársica – grau 4, com pé em inversão.

### **Avaliação do grau de dependência**

Escala de *Barthel*<sup>1</sup>: 30 (grau de dependência grave).

Alimentação – 5/ Transferências – 5/ Higiene Pessoal – 0/ Utilização do WC – 0/ Banho – 0/ Mobilidade – 0/ Subir e Descer escadas – 0/ Vestir – 0/ Controlo intestinal – 10/ Controlo urinário – 10.

Escala de *Lawton e Brody* adaptada segundo o Instrumento de avaliação individual da RNCCI (Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária): 2 (máxima dependência/ dependência de terceiros)

Capacidade para usar o telefone – 1/ Fazer compras – 0/ Preparar refeições – 0/ Lavar a roupa – 0/ Modo de transporte – 0/ Responsabilidade pela própria medicação – 0/ Capacidade para lidar com o dinheiro – 1/ Cuidar da casa – 0

---

<sup>1</sup> Escala de Barthel disponível na Norma nº 054/2011 de 27/12/2011 em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas.aspx?v=b0adfa30-834d-4699-b19a-02d207508148>

<b>Requisitos Universais de Autocuidado</b>	<b>Padrão habitual de Autocuidado</b>	<b>Padrão atual de Autocuidado</b>
Manutenção de inspiração de ar suficiente.	Sem Défice. Nega queixas do foro respiratório ou intercorrências.	Sem défice. Respiração predominantemente torácica, simétrica, regular e superficial, com FR=14 ciclos/min. Sem sinais de dificuldade respiratória. Nega dispneia.
Manutenção de ingestão suficiente de água	Sem Défice. Ingeria cerca de 0.5l de água por dia e outros líquidos não quantificados, como chá e sopa <sup>2</sup> .	Sem défice. Mantém o mesmo volume de ingestão de água. Pele ligeiramente seca. Sem sinais de desidratação.
A manutenção de ingestão suficiente de alimentos	Sem Défice. Geria sem ajuda a compra, preparação e confeção dos alimentos. Cumpria uma dieta geral, com cerca de 5 refeições por dia. Tem 3 peças dentárias.	Défice. Dependente de terceiros para a compra, preparação e confeção das refeições. Alimenta-se sem ajuda com a mão esquerda, depois da refeição estar preparada. Mantém hábitos de alimentação – 5 a 6 refeições/ dia. Alimentação variada: pequeno almoço, reforço da manhã, lanche e ceia, bebe leite e chá sem açúcar e come pão ou bolachas. Ao almoço faz prato de carne ou peixe, e ao jantar apenas sopa. <b>Atuação do enfermeiro pelo sistema de apoio e ensino ao cuidador.</b>
Promoção dos cuidados associados com a eliminação	Sem défice. Continência urinária e intestinal. Nega alterações da urina ou fezes.	Sem défice. Continência urinária e intestinal. Evacua de forma espontânea e regular (1x/dia). Nega alterações da urina ou fezes.

<sup>2</sup>Ingestão recomendada de água proveniente de bebidas para adolescentes e adultos – 1.5 l/dia (valores de referência para indivíduos saudáveis) disponível em [http://www.ihs.pt/hid\\_rec\\_ingestao.php](http://www.ihs.pt/hid_rec_ingestao.php)

A manutenção do equilíbrio entre a atividade e o descanso	Sem Défice. Sem alterações da atividade funcional. Sono com padrão irregular, das 23 às 6h, com despertares noturnos, não conseguindo especificar o número de horas efetivas de sono.	Défice na manutenção da atividade e descanso. Limitação importante da manutenção de atividade, por hemiparesia direita, com grau de dependência grave. Mantém padrão de sono irregular. <b>Atuação do enfermeiro pelo sistema parcialmente compensatório e apoio e ensino ao cuidador.</b>
A manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social	Sem défice. Vivia sozinha, tendo o convívio dos vizinhos e colaborava com a filha, a servir os clientes, no café.	Sem Défice. Atualmente vive com a filha. Embora permaneça a maior parte do dia na sala (que é o seu quarto), está (quase) sempre acompanhada da filha, pois o café situa-se na vivenda onde residem. Ausenta-se do domicílio 3x/ semana para realizar fisioterapia e terapia ocupacional, num centro de ambulatório. Tem a visita diária das ajudantes domiciliárias. É interativa, extrovertida e bem-disposta, utilizando o humor com frequência no seu discurso.
A prevenção dos riscos para a vida humana, para o funcionamento humano e para o bem-estar humano.	Sem défice. Sempre demonstrou interesse na manutenção da saúde evitando hábitos nocivos.	Sem défice. Mantém interesse e motivação para melhorar a sua condição de saúde. Baixo risco de quedas <sup>3</sup> .

<sup>3</sup> Escala de Morse – Sem história de quedas (0)/ Tem patologia secundária (15)/ Ajuda na marcha com cuidador (0)/ Sem terapêutica (0)/ Marcha incapaz sem ajuda (20)/ Consciente das suas limitações (0)= 35 (baixo risco de queda)



A promoção do funcionamento e desenvolvimento do homem dentro dos grupos sociais conforme o potencial humano, as limitações do homem e o desejo do homem de ser normal.	Sem déficit. Vivia sozinha e sentia-se útil perante a sociedade, pois para além de gerir a sua casa sem ajuda, ajudava a filha no seu dia-a-dia.	Déficé. Mantém a sua casa arrendada, pois deseja voltar a viver sozinha e readquirir as suas capacidades – “o que mais quero é voltar à minha labora”. <b>Atuação do enfermeiro pelo sistema de apoio e ensino ao cuidador</b> .
<b>Requisitos de autocuidado, por desvio de saúde</b>	Déficé. Teve uma vigilância de saúde irregular, mas com cumprimento terapêutico, procurando o médico sempre que considerou necessário.	Sem déficit. A SR. <sup>a</sup> D. <sup>a</sup> M. é uma pessoa muito comunicativa, bem-educada e interessada no seu plano de reabilitação, aderindo a todas as orientações dadas; demonstra preocupação face a sua condição de saúde atual e ansiedade pela demora na recuperação das suas limitações motoras.
<b>Requisitos de autocuidado de desenvolvimento</b>	Sem intercorrências recentes.	Déficé. Em situação de dependência, por acidente vascular cerebral esquerdo. Diagnóstico recente de Diabetes Mellitus tipo 2. Iniciou Antidiabéticos orais desde o último internamento. Não faz controlo de glicémia. <b>Atuação do enfermeiro pelo sistema de apoio e ensino ao cuidador.</b>

### **Resumo dos problemas identificados:**

- Mobilidade comprometida, relacionada com AVC à esquerda, manifestado por hemiparésia direita e desequilíbrio ortostático, com grau de dependência grave:
  - Andar comprometido;
  - Alimentar-se comprometido;
  - Capacidade para usar o sanitário comprometida;
  - Capacidade para vestir-se/despir-se comprometida;
  - Incapacidade para cuidar da sua higiene pessoal;
  - Capacidade para se transferir comprometida.
- Sono comprometido, relacionado com ansiedade manifestado por padrão de sono irregular e insónias;
- Défice na promoção do funcionamento e desenvolvimento do homem dentro dos grupos sociais conforme o potencial humano, as limitações do homem e o desejo do homem em ser normal, relacionado com o grau de dependência atual, manifestado por desejo de recuperar a sua autonomia;
- Défice de conhecimentos sobre diabetes, relacionada com diagnóstico recente, manifestado por desconhecimento sobre o controlo da doença, incluindo a não realização de controlo de glicémia regular.

Plano Individual de Intervenção				
Data	Problema	Objetivo	Ações de Enfermagem	Data de Avaliação
13/01	<p>1. Mobilidade comprometida, relacionada com AVC à esquerda, manifestado por hemiparésia direita e desequilíbrio ortostático, com grau de dependência grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Andar comprometido;</li> <li>– Alimentar-se comprometido;</li> <li>– Capacidade para usar o sanitário comprometida;</li> <li>– Capacidade para vestir-se/despir-se comprometida;</li> <li>– Incapacidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar a força muscular no hemicorpo direito, nomeadamente ao nível do antebraço (pronação e supinação 0/5), punho (flexão 1/5; extensão 0/5; desvio radial 1/5; desvio cubital 0/5), dedos da mão (extensão 0/5; abdução e adução 0-1/5), tibiotársica (dorsiflexão 1/5), pé (eversão 1/5);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta do processo clínico do utente;</li> <li>• Tomada de conhecimento sobre as intercorrências, desde a última visita domiciliária;</li> <li>• Avaliação e registo dos sinais vitais, no início e final da sessão;</li> <li>• Abordagem à Sr.<sup>a</sup> D.<sup>a</sup> M. pelo lado mais lesado;</li> <li>• Manutenção do alinhamento corporal da pessoa, alertando-a para a sua importância;</li> <li>• Avaliação da força muscular, através da <i>MCR motor scale</i>;</li> <li>• Realização de mobilizações passivas de todos os segmentos corporais, com FM 0-1 do membro superior e inferior direito;</li> </ul>	<p><b>13/01</b> – Realizada avaliação neurológica anteriormente descrita. A disposição dos móveis da sala, onde permanece, promove os exercícios de facilitação cruzada (o lado esquerdo da cama está encostado a uma parede, sendo que todas as atividades são realizadas para a direita). Feito ensino e dadas instruções para o cuidado no posicionamento do hemicorpo direito, de forma a otimizar o alinhamento corporal; e, para a realização de algumas das atividades terapêuticas, sentada ou deitada, sem ajuda, nomeadamente as automobilizações dos MS e flexão MI (coxofemoral/joelho/tibiotársica).</p> <p><b>20/01</b> – Bem disposta e motivada para o cumprimento do programa estabelecido. Validados os ensinamentos realizados na última visita, com necessidade de algumas retificações, nomeadamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- realizar os exercícios mais lentamente, observando o movimento do corpo, procurando o alinhamento.</li> </ul> <p>Realizadas atividades terapêuticas:</p>

	<p>para cuidar da sua higiene pessoal;</p> <p>– Capacidade para se transferir comprometida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuir a espasticidade instalada, ao nível do cotovelo (grau 1-2) e da tibiotársica (grau 4), com pé em inversão;</li> <li>• Recuperar o equilíbrio ortostático e dinâmico;</li> <li>• Promover a manutenção da mobilidade, nomeadamente no andar, alimentação, vestir e higiene pessoal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de mobilizações ativas e ativas assistidas, de todos os segmentos corporais do hemicorpo mais lesado;</li> <li>• Realização de mobilizações, do sentido distal para o proximal, respeitando os limites de tolerância e amplitude articular normal da pessoa;</li> <li>• Incentivo à visualização atenta dos exercícios, que a própria realiza, e à consciencialização do seu movimento (de forma a readquirir o esquema corporal e a promover o engrama motor);</li> <li>• Realização das atividades terapêuticas – rolar, ponte, automobilizações e facilitação cruzada;</li> <li>• Avaliação da dor provocada pelos exercícios, através da escala numérica;</li> </ul>	<p>- automobilizações - elevação do MS até cerca de 180º, com necessidade de incentivar a extensão do cotovelo e alinhamento do movimento;</p> <p>- ponte sem ajuda – elevação da bacia à custa do MIE, por deslizamento do MID; com contenção do pé direito, consegue realizar sem dificuldade; dada instrução para realizar novamente sem ajuda, contendo o pé e o joelho direitos, com a força do membro contra lateral, de forma a otimizar o alinhamento e potenciar a força do MID, com sucesso;</p> <p>- rolar com apoio do cotovelo direito – fez sem dificuldade; dada orientação para cruzar o MIE sobre o MID, para auxiliar o movimento;</p> <p>Realizadas mobilizações passivas dos dedos da mão direita, punho, antebraço (pronação e supinação) e ombro (elevação e depressão do trapézio);</p> <p>Realizada correção postural, aquando o treino de equilíbrio estático e dinâmico, sentada e de pé, por assimetria postural, com depressão do trapézio e ligeira curvatura da coluna para a direita.</p> <p>Após as instruções dadas, como o posicionamento dos</p>
--	---	---	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação da necessidade de produtos de apoio;</li> <li>• Validação do posicionamento, dando ênfase ao posicionamento do hemicorpo direito, para contrariar ou inibir o padrão espástico, nomeadamente ao nível da escapulo-umeral, do cotovelo, punho, mão, coxo femural, joelho e pé;</li> <li>• Treino de equilíbrio estático e dinâmico, sentada e de pé;</li> <li>• Treino da marcha, com andarilho;</li> <li>• Treino do vestir;</li> <li>• Treino da alimentação;</li> <li>• Treino dos cuidados de higiene (incluindo o uso do sanitário);</li> <li>• Dar reforços positivos ao longo da sessão e terminar com uma retrospectiva do realizado/ conseguido;</li> <li>• Realização dos registos de</li> </ul>	<p>pés e inclinação do tronco, necessitou apenas de apoio, para manter equilíbrio, na realização do levante.</p> <p>Verificado calçado pouco adequado (pantufas fechadas), para o treino da marcha, que não contrariou o quadro de inversão do pé direito instalado (sola dura mas sem reforço do calcanhar, nem lateral). Dadas instruções sobre o tipo de calçado mais adequado à Sr.<sup>a</sup> D.<sup>a</sup> M. e filha.</p> <p>Treino de marcha controlada com o enfermeiro frente a frente com a Sr.<sup>a</sup> – realizou a marcha, com necessidade de instrução para a flexão do joelho e dorsiflexão (marcha hemiparética).</p> <p>Treino com andarilho – preensão fraca da mão direita no andarilho, mantém características de marcha, percorrendo cerca de 4m.</p> <p>Necessidade de eliminar algumas barreiras como tapete, desimpedir o caminho e abrir as portas da sala, para conseguirmos a marcha com andarilho em segurança. Incentivada a cumprir alguns dos exercícios realizados, ao longo do dia (automobilização dos MS, exercícios dos dedos da</p>
--	--	--	--	--

			<p>enfermagem de reabilitação, nomeadamente sobre as atividades realizadas, sua tolerância, limitações aos exercícios e cooperação.</p>	<p>mão direita, com ajuda da mão esquerda, correção postural, ponte, dorsiflexão do pé).</p> <p><b>27/01</b> - Bem disposta. Validados os ensinamentos realizados, elogiando o empenhamento na reabilitação.</p> <p>Realizadas mobilizações ativas assistidas e passivas dos dedos (oposição do polegar FM 2-3/5, no 2.º e 3.º dedos e FM 0-1/5 no 4.º e 5.º dedos; extensão 2-3/5; flexão 3/5; adução e abdução 0/5); ativas assistidas e passivas do punho, e do antebraço (pronação 2-3/5 e supinação 0/5) ativas do cotovelo (espasticidade 0); mobilização ativa assistida da tibiotársica (dorsiflexão 2/5 e flexão plantar 4/5). Melhoria do alinhamento postural na posição de sentada.</p> <p>Treino da marcha com andador - realizou levantar sem ajuda e com equilíbrio; marcha mais harmoniosa, maior força muscular na preensão do andador, e menor assimetria dos ombros; necessidade de instrução/ incentivo para a flexão do joelho e dorsiflexão (mantém marcha hemiparética), percorrendo cerca de 8m (ida e volta até à casa de</p>
--	--	--	---	--

				<p>banho). Ainda sem calçado adequado. Felicitada pelo seu empenho e resultados. Incentivada a manter o cumprimento dos exercícios anteriormente instruídos, ao longo do dia (automobilização dos MS, exercícios dos dedos da mão direita, com ajuda da mão esquerda, correção postural, ponte, dorsiflexão do pé, do joelho e coxofemural)</p> <p><b>29/01</b> – Bem disposta. Mantém realização de exercícios diários sozinha. Elogiado o empenhamento na reabilitação.</p> <p>Avaliação sobreponível. Realizada sessão idêntica à anterior.</p> <p>Treino da marcha com andarilho – calçado mais adequado, mas com cunha, o que dificultou a marcha funcional, por acentuar a inversão do pé direito.</p> <p>Solicitado calçado tipo bota sem cunha. Percorreu uma distância maior (16 m), desceu e subiu um degrau. Mantém tendência para marcha hemiparética, mas consegue corrigir quando instruída.</p> <p>Recusou-se a fazer treino de uso de sanitário na casa de banho, por esta ser partilhada pela família.</p> <p>Atualmente usa cadeira sanitária, na sala, com ajuda</p>
--	--	--	--	---

				<p>apenas para a limpeza da mesma.</p> <p><b>3/02</b> – Referiu ter tido uma crise hipertensiva no dia anterior, que controlou com chá de folha de oliveira. Hoje com TA - 143/79 mmHg; FC = 114 bpm (antes dos exercícios) e TA - 115/65 mmHg; FC= 88 bpm após. Pulso cheio, tenso e disrítmico.</p> <p>Mantém realização de exercícios diários sozinha.</p> <p>Durante o fim de semana, efetuou marcha com andarilho com supervisão de terceiros.</p> <p>Avaliação da FM sobreponível – eversão do pé direito - 0; 3.º e 4.º dedos da mão - 0. Realizada sessão idêntica à anterior. Treino da marcha com andarilho – calçado adequado, Percorreu uma distância idêntica (16 m), desceu e subiu um degrau. Mantém tendência para marcha hemiparética, mas consegue corrigir quando instruída.</p> <p>Início do treino da motricidade fina, com a mão direita, com objeto redondo de cerca de 2,5cm – consegue pinçar com dificuldade, mas agarrou, transferiu e largou.</p> <p><b>5/02</b> – TA - 139/94 mmHg; FC = 104 bpm após os exercícios (não foi feita avaliação prévia, para não</p>
--	--	--	--	--



				<p>aumentar ansiedade).</p> <p>Mantém realização de exercícios diários sozinha.</p> <p>Avaliação da FM (sem alterações).</p> <p>Realizada sessão idêntica à anterior. Treino da marcha com andarilho – calçado adequado, Percorreu uma distância idêntica (16 m), desceu e subiu um degrau. Mantém marcha hemiparética evidente, quando anda mais rápido, mas consegue corrigir quando instruída a andar mais devagar e a realizar a flexão da coxofemoral, joelho e dorsiflexão do pé.</p> <p>Elogiado o seu empenho no programa de reabilitação instituído e enumerados os resultados obtidos desde o início do mesmo. Incentivada a manter a realização de exercícios, anteriormente instruídos e treino da motricidade fina.</p>
--	--	--	--	--

<b>Data</b>	<b>Problema</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Intervenções</b>	<b>Avaliação</b>
13/01	2. Sono comprometido, relacionado com ansiedade manifestado por padrão de sono irregular e insónias;	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promover horas de sono efetivas;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tomada de conhecimento sobre as intercorrências, desde a última visita domiciliária;</li> <li>Facilitação da expressão de sentimentos face à situação vivenciada;</li> <li>Escuta ativa;</li> <li>Ajuda na identificação de estratégias que facilitem horas de sono efetivas;</li> <li>Validação da correta administração da terapêutica;</li> <li>Ponderar a reavaliação pelo médico de família;</li> <li>Realização dos registos de enfermagem de reabilitação em folha própria.</li> </ul>	<p><b>13/01</b> - Referiu que a reabilitação é muito importante para poder voltar à sua rotina habitual.</p> <p><b>27/01</b> – Demonstra desconforto face à desarrumação encontrada na casa de banho.</p> <p><b>29/01</b> – Desvaloriza as insónias, referindo ser uma alteração de há muito tempo, e que agrava sempre que está mais ansiosa. Cumpre diazepam ao deitar.</p> <p><b>05/02</b> – Refere ter dormido muito pouco esta noite. Embora não verbalize claramente, parece ter saudades de viver sozinha.</p>

<b>Data</b>	<b>Problema</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Ações de Enfermagem</b>	<b>Data de Avaliação</b>
13/01	3. Défice na promoção do funcionamento e desenvolvimento do homem dentro dos grupos sociais conforme o potencial humano, as limitações do homem e o desejo do homem em ser normal, relacionado com o grau de dependência atual, manifestado por desejo de recuperar a sua autonomia;	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular/ incentivar/ motivar a pessoa na realização das atividades de autocuidado, nomeadamente, na manutenção da atividade;</li> <li>• Diminuir o impacto da frustração no processo de reabilitação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tomada de conhecimento sobre as intercorrências, no intervalo das visitas domiciliárias;</li> <li>• Explicação da importância do programa de reabilitação sensório motora;</li> <li>• Explicação de como vai decorrer o programa e dos resultados esperados;</li> <li>• Proporcionar um ambiente calmo, gerindo os exercícios em função do tempo disponível, de forma a evitar a sensação de pressa;</li> <li>• Facilitação da expressão de sentimentos face à situação vivenciada;</li> <li>• Escuta ativa;</li> <li>• Dar reforços positivos ao longo da sessão;</li> <li>• Síntese dos resultados alcançados, no final de cada sessão de reabilitação.</li> </ul>	<p><b>13/01</b> - Compreende a necessidade de um programa de reabilitação e refere que este é muito importante para poder voltar à sua rotina habitual, mostrando-se muito ansiosa e com pressa em recuperar. Fica combinada a nossa visita às 3.<sup>as</sup> e 5.<sup>as</sup> feiras, mantendo o programa de reabilitação, com a fisioterapia e terapia ocupacional às 2.<sup>as</sup>, 4.<sup>as</sup> e 6.<sup>as</sup> feiras, no centro de ambulatório. Elogiou muito o carinho da filha e, em particular da neta, perante a sua situação de dependência.</p> <p><b>27/01</b> – Mantém motivação e empenho no plano de reabilitação estabelecido. Demonstrou desconforto face à desarrumação encontrada (na casa de banho) e, aparente frustração por não poder ajudar na lida da casa.</p> <p><b>3/02</b> – Teve episódio de desânimo/ frustração/ ansiedade durante a sessão, aparentemente relacionado com a demora na reaquisição da força, e sentimento de fardo para a família. Realizada massagem cervical e exercícios de controlo da respiração, no final da sessão, como relaxamento. Após o elogio do seu empenho e reforço dos resultados alcançados e esperados, ficou aparentemente mais calma. Embora não verbalize, parecem haver conflitos intrafamiliares, que precipitaram esta reação.</p> <p><b>05/02</b> - A Sr.<sup>a</sup> D.<sup>a</sup> M. demonstrou ansiedade face ao ensino à neta, por sentimento de atrasa-la, para o trabalho, embora sem motivo, pois saiu à hora habitual. Quando feita tentativa de tranquilização, verbaliza que está sempre preocupada, pois o primeiro marido da filha, morreu vítima de acidente de viação.</p>

<b>Data</b>	<b>Problema</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Ações de Enfermagem</b>	<b>Data de Avaliação</b>
13/01	4. Défice de conhecimentos sobre diabetes, relacionada com diagnóstico recente, manifestado por desconhecimento sobre o controlo da doença, incluindo a não realização de controlo de glicémia regular.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecimento efetivo sobre o controlo da diabetes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tomada de conhecimento sobre as intercorrências, desde a última visita domiciliária;</li> <li>• Avaliar glicémia capilar;</li> <li>• Vigilância da dieta e adequação dos hábitos às necessidades da utente;</li> <li>• Aquisição de máquina de vigilância de glicémia e realização de ensino à Sr.<sup>a</sup> D.<sup>a</sup> M. e neta sobre a utilização da mesma;</li> <li>• Ensino sobre os sinais e sintomas de crise de hipoglicémia e hiperglicemia e respetiva atuação perante a suspeita e confirmação;</li> <li>• Validação da correta administração da terapêutica;</li> <li>• Ponderar a reavaliação pelo médico de família;</li> <li>• Realização dos registos de enfermagem de reabilitação em folha própria.</li> </ul>	<p><b>20/01</b> – Validada terapêutica atual, com a prescrita no momento da alta. Sem intercorrências/ sinais ou sintomas relevantes. Cumpre uma dieta polifraccionada, já mencionada anteriormente.</p> <p><b>3/02</b> – Disponibilizada uma máquina de vigilância de glicémia e realização de ensino à Sr.<sup>a</sup> D.<sup>a</sup> M. BMTest = 152 mg/dl, cerca de 30min após o reforço alimentar da manhã (chá sem açúcar e uma fatia de pão). Combina-se momento de ensino com a neta, na próxima visita a 5/02 (até às 9h30).</p> <p><b>5/02</b> - Realização de ensino à Sr.<sup>a</sup> D.<sup>a</sup> M. e neta sobre a correta utilização da máquina de vigilância de glicémia. Dadas instruções para realizar controlo da glicémia antes das principais refeições, e respetivo registo, durante o fim de semana. BMTest = 119 mg/dl, cerca de 2h após primeiro pequeno almoço (copo de leite sem açúcar e uma fatia de pão). Neta recetiva ao ensino, mostrando disponibilidade para colaborar.</p>

## **APÊNDICE 11**

Jornal de Aprendizagem sobre a intervenção multidisciplinar na pessoa com fibrose  
quística



**Curso de Mestrado em Enfermagem**

*Área de Especialização*

*Enfermagem de Reabilitação*

*UC Estágio com relatório*

**Jornal de aprendizagem**

**sobre a intervenção multidisciplinar na pessoa com Fibrose  
Quística**

---

**Unidade de Reabilitação Respiratória**

**Marta Susana Serra Lourenço Esteves**

**Prof.<sup>a</sup> Orientadora - Cristina Saraiva**

**Enf.<sup>a</sup> Orientadora – Maria Joaquina Ribeiro**

**Lisboa**

**2014**

A reabilitação deve ser um processo dinâmico, multi e interdisciplinar, que se centra na pessoa e sua família, e requer a elaboração de um plano de cuidados, adequado à sua condição de saúde, visando a reinserção na sociedade. Desta forma, apenas uma equipa multidisciplinar reúne as condições necessárias para responder às exigências desta ação, pela multiplicidade dos conhecimentos e experiência dos profissionais, que a compõem (Hesbeen, 2003).

A enfermagem de reabilitação pretende definir objetivos para níveis máximos de interdependência funcional e atividades da vida diária, promover o auto cuidado, reforçar comportamentos de adaptação positiva, garantir a acessibilidade e a continuidade de serviços e cuidados, melhorar a qualidade de vida, obter melhores resultados e colaborar em reformas do caráter, estrutura e prestação de cuidados, nos serviços de saúde (Hoeman, 2000).

Neste contexto e relembrando algumas das características da pessoa com fibrose quística (FQ), pretendo neste jornal de aprendizagem refletir sobre a importância da intervenção da equipa multidisciplinar.

A FQ, tal como referido no projeto de formação é uma doença hereditária autossómica recessiva, potencialmente grave desde o nascimento, caracterizada por ter um envolvimento multissistémico, podendo ter um leque de manifestações clínicas muito variado (Hockenberry & Wilson, 2014). Desta forma, o diagnóstico precoce e o acompanhamento em consultas especializadas de FQ são imprescindíveis para o controlo do estado nutricional e para a prevenção das complicações e tratamento da doença pulmonar crónica, que é causa da grande morbilidade e mortalidade, na maioria dos doentes (Hockenberry & Wilson, 2014; Direção Geral da Saúde, 2014).

O plano terapêutico da FQ reside em vários pilares tais como a prevenção das infeções, através do cumprimento de esquema de vacinação específico, prevenção e tratamento das manifestações respiratórias, e tratamento das manifestações gastrointestinais, que podem ser a insuficiência pancreática exócrina e endócrina, insuficiência hepática, doença de refluxo gastro esofágico e síndrome de obstrução intestinal distal. A doença óssea, bem como o suporte nutricional, através da avaliação da necessidade de incluir suplementos dietéticos e contemplar a necessidade de nutrição

entérica noturna ou parentérica, devem também ser alvo do plano terapêutico (Direção Geral da Saúde, Tratamento e Seguimento da Fibrose Quística, 2014).

Kerem, Conway, Elborn, & Heijerman (2005) apresentaram um consenso sobre padrões de intervenção à pessoa com FQ, com o objetivo de definir normas para avaliação regular, monitorização e tratamento da pessoa com FQ, para os vários centros europeus.

Neste documento, salientam a importância do seguimento em centros de referência e de uma intervenção, com abordagem multidisciplinar, à pessoa com FQ, e família, para a otimização dos cuidados e resultados. A equipa multidisciplinar deverá reunir profissionais especializados e experientes, de várias especialidades, tais como médicos, *Cystic Fibrosis nurse*<sup>1</sup>, dietistas, fisioterapeutas, assistentes sociais, farmacêuticos e microbiologistas, que devem servir como recurso para treino, educação, desenvolvimento e suporte para outros profissionais envolvidos na assistência à pessoa com FQ, incluindo os colegas noutros centros de especialidade e/ou noutros hospitais, que deem continuidade aos cuidados.

Os *Cystic Fibrosis specialist nurse* são profissionais que devem dedicar todo, ou quase todo, o seu tempo, na assistência à pessoa com FQ, sua família e profissionais envolvidos. As suas funções e responsabilidades são (1) defender a pessoa com FQ, (2) estar atualizado com as técnicas de tratamento, (3) manter as aptidões de práticas clínicas e ensinar, (4) promover o desenvolvimento profissional, (5) Apoiar e aconselhar, (6) Educar e pesquisar e (7) estabelecer uma relação terapêutica, com a pessoa e família, de forma a assegurar que cada pessoa recebe o cuidado ideal para as suas necessidades individuais. Os enfermeiros especializados devem coordenar os cuidados entre a pessoa e a família, serviços comunitários e hospitalares, através do apoio e aconselhamento, utilizando as suas competências enquanto educador, cuidador consistente, conselheiro e confidente (Kerem et al., 2005).

Neste contexto, podemos afirmar que a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), na pessoa com FQ e família, deve compreender

---

<sup>1</sup> *Cystic Fibrosis nurses* – denominação de especialidade em enfermagem a nível internacional, mas inexistente em Portugal; Título atribuído a enfermeiros que cuidam regularmente de doentes com fibrose quística (in <https://www.ecfs.eu/projects/insg-cf/constitution>)



vários pilares: (1) a adaptação e a gestão da sua condição de saúde, promovendo o auto cuidado; (2) prevenir as complicações e agravamento das suas limitações; (3) promover a reintegração na comunidade (4) promover a qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Segundo Cadim (2012), a Unidade de Reabilitação Respiratória integra um dos pólos do Centro Especializado de FQ, sendo considerado um dos centros de referência no tratamento desta doença - o Centro de Adultos. E como tal, funciona com uma equipa multidisciplinar incluindo pediatras, pneumologistas, enfermeiros peritos (generalistas e especialistas em reabilitação), dietistas, psicólogos e assistentes sociais, com implementação de programas de transição da Pediatria para o serviço de Adultos e de seguimento dos adultos.

Tendo em conta os conteúdos obtidos na minha pesquisa para o projeto de formação, tinha como expectativa encontrar uma consulta dinâmica e conjunta, com os vários profissionais da equipa multidisciplinar, e/ou que a equipa se reunisse com frequência para discussão dos casos acompanhados e planeamento de intervenções, aspeto inerente ao trabalho em equipa. Contudo o que verifico é uma consulta fragmentada das várias especialidades, enfermagem, dietista, técnicos de pneumologia e pneumologistas, em tempos diferentes<sup>2</sup>, sendo que não está prevista nem programada, a partilha da avaliação da condição de saúde da pessoa com fibrose quística das várias especialidades, nem a ação conjunta da elaboração de um plano de intervenção de reabilitação. Os diversos profissionais apenas se reúnem, de forma informal ou casual, se considerarem que há algo a discutir.

Perante a complexidade desta doença que é crónica e progressiva, esperava que o seguimento em consulta fosse mais global, de forma a contemplar o acompanhamento regular pela psicologia e apoio social, para além dos mencionados.

---

<sup>2</sup> A pessoa inscrita para a consulta de FQ normalmente realiza primeiro as provas de função respiratória, a colheita de expectoração para exame bacteriológico, depois a consulta de enfermagem ou a consulta da dietista e, por último, a consulta médica de pneumologia. No espaço físico da URR, não é observado por mais nenhuma especialidade, se necessário fá-lo noutro momento. O processo clínico da consulta reúne a informação do médico, bacteriologia, função respiratória, imagiologia, avaliação cardíaca, diário de enfermagem, cuidados domiciliários (OLD, VNI, nebulizadores e compressores) e diário da dietista.

No meu papel de futura EEER, em integração num local de estágio, em que a minha permanência não excede os vinte e cinco turnos, sinto dificuldade em delinear estratégias que promovam o trabalho interdisciplinar. Considero que deverei aproveitar o momento da consulta de enfermagem para conhecer os utentes, e aproveitar o facto de ser um elemento novo, para que a consulta seja disruptiva. Penso que este aspeto poderá proporcionar momentos novos de partilha entre o utente e o profissional de enfermagem e prováveis oportunidades de instruções e orientações para a promoção do autocuidado.

No contexto de consulta de enfermagem<sup>3</sup> (até ao momento quatro consultas), tive a oportunidade de colocar algumas questões, nomeadamente sobre a adesão ou não adesão às técnicas de reeducação funcional respiratória, sugerir e negociar pequenas adaptações no dia-a-dia do utente, que pareceu interessado na partilha e, por vezes, até recetivo às sugestões dadas.

Relativamente à dinâmica da equipa multidisciplinar, penso que deverei aproveitar os momentos informais para esclarecer dúvidas com os diferentes profissionais, e eventualmente colocar sugestões previamente validadas como adequadas pela enfermeira orientadora, tendo sempre em consideração o meu papel enquanto aluna.

---

<sup>3</sup> A folha de registo de enfermagem é bastante objetiva e pretende deter o registo as intercorrências desde a última consulta, através da revisão da terapêutica em uso, incluindo a utilização de equipamentos e de dispositivos de ajuda, sinais e sintomas respiratórios classificados de 0 a 3, pelo doente; se pratica exercício físico, qual e com que regularidade, se cumpre RFR, quais os exercícios e a regularidade. Por fim, a enfermeira que realiza a consulta faz uma apreciação do estado emocional do doente, um diagnóstico da situação e plano de intervenção sumário.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cardim, P. (2012). *Fibrose Quística - Centro Especializado no Tratamento da Fibrose Quística*. Obtido em 17 de junho de 2014, de news@fmul: <http://news.fm.ul.pt/Content.aspx?tabid=92&mid=700&cid=2119>
- Direção Geral da Saúde. (2014). *Tratamento e Seguimento da Fibrose Quística*. Obtido em 16 de maio de 2014, de Direção-Geral da Saúde: <http://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-as-doencas-respiratorias/publicacoes.aspx>
- Hesbeen, W. (2003) – *A reabilitação – Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência, ISBN 972-8383-43-6.
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. Loures: Lusociência.
- Hoeman, S. (2000) – *Enfermagem de Reabilitação: aplicação e processo*. Loures: Lusociência, ISBN 972-8383-13-4.
- Kerem, E., Conway, S., Elborn, S., & Heijerman, H. (2005). Standards of care for patients with cystic fibrosis: a European consensus. *Journal of Cystic Fibrosis* (4):7-26.
- Ordem dos Enfermeiros. (18 de 09 de 2010). *Legislação da OE - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Obtido em 10 de 06 de 2014, de Web site da Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx>

## **APÊNDICE 12**

Plano da ação de formação – “Mecânica Corporal no Cuidar”

<b>AÇÃO FORMAÇÃO “MECÂNICA CORPORAL NO CUIDAR”</b>	
<b>Grupo de formadores</b>	Alunas do V CMER <sup>1</sup> da ESEL <sup>2</sup> : Marta Esteves Raquel Silva Sob a orientação dos EEER <sup>3</sup> da UCC <sup>4</sup> : Fátima Baião Paulo Santos
<b>Destinatários</b>	Assistentes Domiciliárias da IPSS <sup>5</sup> parceiras da UCC
<b>Local</b>	Centro Intergeracional da *****
<b>Data, hora</b>	13 de janeiro e 4 de fevereiro de 2015 (14h00’-15h30’)
<b>Duração</b>	90 Minutos
<b>Recursos Didáticos</b>	Computador portátil, projetor multimédia, cama/maca, cadeira-de-rodas
<b>Metodologia</b>	Expositiva, interrogativa e ativa.
<b>Objetivos</b>	
<p>No final da sessão os formandos devem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estar sensibilizados para a importância da aplicação da mecânica corporal para a prevenção de Lesões Músculo-esqueléticas;</li> <li>• Conhecer os princípios da mecânica corporal aplicada à sua prática profissional;</li> <li>• Conhecer alguns exercícios de alongamento e relaxamento.</li> </ul>	
<b>Conteúdos Programáticos e Duração</b>	
Apresentação formadores/formandos.....10’ Enquadramento do tema da sessão de formação e seus objetivos (T).....5’ Conceitos e Princípios básicos da Mecânica Corporal (T).....10’ Mecânica Corporal aplicada a situações do quotidiano profissional (T/P).....30’ <ul style="list-style-type: none"> <li>• Higiene do doente – preparação ergonómica da tarefa;</li> <li>• Mover um doente para cima na cama - 1/2 prestadores de cuidados;</li> </ul>	

<sup>1</sup> Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

<sup>2</sup> Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

<sup>3</sup> Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação

<sup>4</sup> Unidade de Cuidados na Comunidade

<sup>5</sup> Instituições Públicas de Solidariedade Social

- Mover um doente de um lado para o outro na cama - 1/2 prestadores de cuidados;
- Transferência cama-cadeira/sofá.

Apresentação e realização em grupo de alguns exercícios de alongamento e relaxamento (P).....20'

Discussão final e avaliação da ação.....15'

### Avaliação

A avaliação das sessões foi feita através da aplicação de um questionário de avaliação (n=11), cuja análise dos resultados permite afirmar que, de uma forma global, as sessões foram muito positivas.

Os aspetos avaliados foram:

#### 1. Conteúdo:

- Útil e adequado à minha função – suficiente (2); bom (2); **muito bom (7)**;
- O que aprendi tem aplicação na minha profissão - suficiente (2); bom (3); **muito bom (6)**;
- Contribui para o meu desenvolvimento profissional - suficiente (2); bom (3); **muito bom (6)**;
- Contribui para o meu desenvolvimento pessoal - suficiente (2); bom (4); **muito bom (5)**;

#### 2. Métodos utilizados:

- Os meios utilizados foram adequados - suficiente (2); **bom (6)**; muito bom (3);

#### 3. Monitoria:

- Clareza nas intervenções – Não responde (1); **bom (6)**; muito bom (4);
- Motivação dos participantes - bom (7); muito bom (4);

#### 4. Organização:

- Duração do Curso - não responde (1); suficiente (2); **bom (4)**; **muito bom (4)**;
- Organização do curso - suficiente (1); **bom (5)**; **muito bom (5)**;

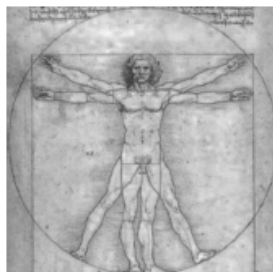
#### 5. Avaliação Global:

- No seu conjunto o curso teve importância - bom (2); **muito bom (9)**.

## **APÊNDICE 13**

Sessão de formação “Mecânica Corporal no Cuidar” (Apresentação)

## MECÂNICA CORPORAL NO CUIDAR



Formadores:

Marta Esteves\*

Raquel Silva\*

Sob a orientação de:

Fátima Baião\*\*

Paulo Santos\*\*

\*Alunas Mestrado em Enfermagem de  
Reabilitação da ESEL

\*\* Enfermeiros de Reabilitação da UCC

Centro Intergeracional da \*\*\*\*\*

13 de Janeiro e 4 de fevereiro de 2015

1

## PLANO DE SESSÃO

- Lesões Músculo esqueléticas relacionadas com o trabalho – breve introdução;
- Conceitos e Princípios básicos da Mecânica Corporal;
- Mecânica Corporal aplicada a situações do quotidiano profissional;
- Exercícios de alongamento e relaxamento.

2

## OBJETIVOS

No final da sessão os formandos devem:

- Estar sensibilizados para a importância da aplicação da mecânica corporal para a prevenção de Lesões Músculo-esqueléticas;
- Conhecer os princípios da mecânica corporal aplicada à sua prática profissional;
- Conhecer alguns exercícios de alongamento e relaxamento.

3

## LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS

### Breve Introdução

- Cerca de 35% das pessoas dos 15 aos 64 anos sofrem de problemas músculo-esqueléticos.
- O problema relacionado com o trabalho mais comum na Europa.
- A primeira causa de baixa laboral e de incapacidade transitória e permanente para o trabalho.
- Principais alvos de afeção: regiões cervical e dorso-lombar, ombro e os membros superiores. (INE, 2012, p.6)

4



As perturbações músculo-esqueléticas constituem um problema grave e prioritário:



5

Como evitar o problema



Adoção de medidas preventivas



Mecânica Corporal

6

## MECÂNICA CORPORAL

### Conceitos e Princípios básicos



É o trabalho:

- produzido pelo sistema músculo-esquelético
- coordenado pelo sistema nervoso



Manter o **equilíbrio e postura corporal**  
Produzir **movimento**  
Produzir **força**

7

## MECÂNICA CORPORAL

Finalidade:

- Prevenção de Lesões Músculo-Esqueléticas (LME's)

Pressupõe:

- Princípios da física aplicados ao nosso corpo

Conduz a:

- Boa postura
- Movimentos corporais e aplicação de forças eficientes

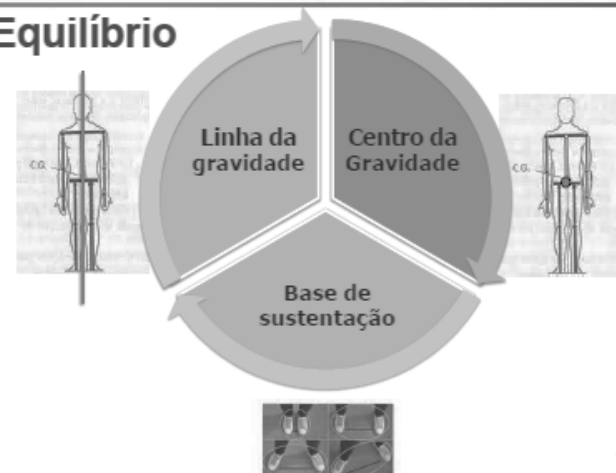
8

## MECÂNICA CORPORAL



9

## Equilíbrio



10

## Postura e alinhamento corporal

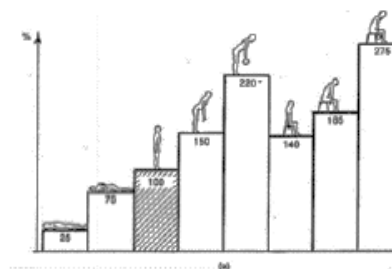


Cabeça	Ereta e alinhada com a coluna
Coluna	Alinhada
Braços	Ao longo do corpo Ligeira flexão dos cotovelos
Pernas	Alinhados com a anca e maléolo Ligeira flexão joelhos
Pés	Paralelos e virados para a frente
Músculos	Abdominais e nadequeiros contraídos

11

## Posturas em diferentes situações

Gráfico I: Pressões intradiscasais consoante a postura



12

## Mecânica Corporal no Cuidar



13

## Mecânica Corporal no Cuidar Princípios Orientadores

- Manter uma **postura adequada**
- Manter a **estabilidade da postura**
- Avaliar a **ergonomia da tarefa**
- Facilitar a **movimentação da carga**
- Utilizar os **músculos adequadamente**

14

## Mecânica Corporal no Cuidar Princípios Orientadores

- Usar **ardamento confortável** e suficientemente largo para permitir toda a amplitude de movimentos e **calçado fechado** para diminuir o risco de lesão na mudança de direção;

15

## Mecânica Corporal no Cuidar

### Avaliação ergonómica da tarefa

- ✓ Avaliar a **capacidade residual** do doente;
- ✓ **Espaço físico** suficiente (área de 2,5m livres);
- ✓ **Piso** com condições de segurança;
- ✓ **Recursos humanos e técnicos** disponíveis;
- ✓ **Planear e repartir os movimentos**, identificando quem coordena, pois melhora a conjugação de esforços.

16

## Mecânica Corporal no Cuidar



### Facilitar a movimentação da carga:

- ✓ Regular o centro de gravidade ao nível da carga a movimentar;
- ✓ Diminuir o efeito da gravidade: baixar a cabeceira da cama quando movimentamos o doente nessa direção;
- ✓ Diminuir o atrito: lençóis esticados e secos, retirar almofadas, joelhos do doente fletidos e superfícies de transferência;

17

## Mecânica Corporal no Cuidar



### Facilitar a movimentação da carga:

- ✓ Não colocar objetos a alturas que impliquem o estiramento para os alcançar;
- ✓ Providenciar ajudas técnicas ou humanas;

18

## Mecânica Corporal no Cuidar



### Utilizar os músculos de forma apropriada:

- ✓ Antes e durante o esforço: contrair abdómen e nádegas;
- ✓ Manter a região dorso-lombar direita;
- ✓ Colocar a força nos músculos das pernas;
- ✓ Fletir os joelhos evitando a inclinação anterior do tronco a um ângulo superior a 10°;

19

## Mecânica Corporal no Cuidar



### Utilizar os músculos de forma apropriada:

- ✓ Puxar, empurrar, deslizar ou girar em vez de elevar;
- ✓ Evitar movimentos de rotação e flexão da coluna e rotação do joelho;
- ✓ Manter o alinhamento corporal, a postura do tronco e a posição dos pés na direção do movimento a realizar;
- ✓ Ao levantar a pessoa, ou objetos, colocá-los o mais próximo possível do corpo, mantendo os membros superiores junto ao tronco.

20

## Situações Práticas

21

### Mover um doente para cima na cama (1 prestador de cuidados)



- Ajudar a pessoa a fletir os joelhos, de modo a que a planta dos pés fique em contacto com a cama;

22

### Mover um doente para cima na cama



- Colocar um braço sob os ombros da pessoa e o outro sob a região dorso-lombar;
- Pedir à pessoa que olhe para os pés e, por fim, que faça força sobre os mesmos ao dizer 3;
- Durante a transferência, desloque o seu próprio peso de um lado para o outro, mantendo as costas direitas.

23

### Mover um doente de um lado para o outro na cama (1 prestador de cuidados)



- Ajustar o centro de gravidade à altura da cama;
- Dividir o processo em três partes: ombros-cintura pélvica-pernas;
- Fletir os joelhos à medida que arrasta o corpo do doente.

24

**Mover um doente de um lado para o outro na cama  
(2 prestadores de cuidados com resguardo)**



- Enrolar o resguardo junto ao corpo do doente para garantir firmeza na preensão e melhor controlar o movimento;
- Identificar quem coordena;
- Sincronizar o movimento.

25

**Mover um doente de um lado para o outro na cama  
(2 prestadores de cuidados sem resguardo)**



- Os dois prestadores posicionam-se do mesmo lado da cama;
- Fletir os joelhos e anca e colocar uma das pernas à frente da outra;

26

**Mover um doente de um lado para o outro na cama  
(2 prestadores de cuidados sem resguardo)**



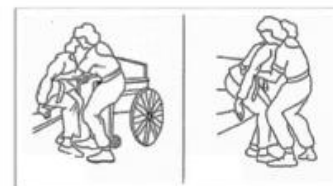
- Primeiro prestador: coloca as mãos sob as omoplatas e região dorso-lombar;
- Segundo prestador: coloca as mãos sob a região dorso-lombar e parte posterior das coxas.

27

**Transferência cama-cadeira**

➤ Antes de iniciar a transferência:

- Colocar a cadeira/sofá perto da cama;
- Travar as rodas e retirar os pedais;
- Doente com pés assentes no chão e com calçado antiderrapante;



28

## Transferência cama-cadeira

### ➤ Antes de iniciar a transferência:

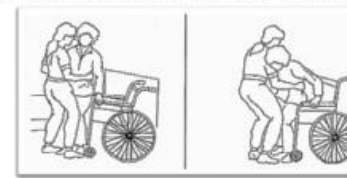
- Colocar as pernas ligeiramente afastadas e um pé à frente e na direção do movimento;
- Identificar zonas que permitam segurar firmemente;
- Agarrar o doente, envolvendo-o pela cintura, com a ajuda de um cinto;



## Transferência cama-cadeira

### ➤ Durante a transferência:

- Segurar firmemente o doente e pedir a sua colaboração;
- Fletir os joelhos e depois estender lentamente durante o movimento;
- Sustentar o joelho do doente entre os seus joelhos para orientar o movimento.



## Mecânica Corporal no Cuidar

Entre tarefas de maior sobrecarga e/ou repetitivas e no final

### EXERCÍCIOS DE ALONGAMENTO E RELAXAMENTO

Diminuição da tensão no sistema  
musculo esquelético



## EXERCÍCIOS DE ALONGAMENTO E RELAXAMENTO

Região cervical, cintura escapular e membros superiores



## EXERCÍCIOS DE ALONGAMENTO E RELAXAMENTO

Coluna e membros inferiores



33

Obrigada!



34



## **APÊNDICE 14**

Apreciação do percurso de aquisição/ desenvolvimento de competências

Estágio na URR

5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM – ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM  
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

**APRECIAÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE  
COMPETÊNCIAS**

Estudante: Marta Susana Serra Lourenço Esteves

Local de Estágio: CHLN – HSM, EPE: Unidade de Reabilitação Respiratória

Início: 30/09/2014 Fim: 28/11/2014

Orientador de Estágio: Sr.ª Enf.ª Joaquina Ribeiro

Orientador da ESEL: Sr.ª Prof.ª Cristina Saraiva


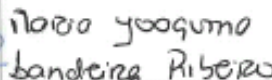

O percurso de formação da enfermeira Marta Esteves, em contexto de estágio, na Unidade de Reeducação Respiratória foi linear, demonstrando muita ponderação na tomada de decisão e intencionalidade no agir.

Embora, na área do tema escolhido para projeto de formação (intervenção do EEER à pessoa com fibrose quística), tenha tido menos oportunidades de intervenção do que tinha perspectivado, soube aproveitar as experiências proporcionadas. Desta forma, desenvolveu competências na área da intervenção do EEER à pessoa com doença respiratória aguda e/ou crónica, em contexto de internamento e ambatório, em sistema parcialmente compensatório e apoio-educação.

Relativamente ao processo de enfermagem, demonstra alguma dificuldade na avaliação inicial da condição de saúde da pessoa, nomeadamente na mobilização de instrumentos de avaliação; e, na tomada de decisão, perante as alterações não esperadas, recorrendo à orientadora para validação, ou por vezes orientação, demonstrando responsabilidade profissional. Procurou sempre melhorar o seu desempenho, e quando a situação clínica da pessoa está estável, consegue prestar cuidados de reabilitação respiratória sem dificuldade significativa, sendo que as dúvidas apontadas e dificuldades sentidas foram as esperadas, para o estado de formação.

Tendo em conta o exposto, a avaliação global é de Bom+.

DATA: 20 /11/ 2014

ASSINATURAS:	ORIENTADOR ESEL	ORIENTADOR ESTÁGIO	ESTUDANTE
		 Joaquina Ribeiro	

## **APÊNDICE 15**

Apreciação do percurso de aquisição/ desenvolvimento de competências

Estágio em ECCI

5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM – ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE  
REABILITAÇÃO

**APRECIAÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

Estudante: Marta Susana Serra Lourenço Esteves

Local de Estágio: ECCI Início: 02/12/2014 Fim: 13/02/2015

Orientador Estágio: Fátima Baião (Enf®)

A integração e adaptação da Enfermeira Marta Esteves ocorreram de forma progressiva e segura, facilitada pelo empenho e motivação nesta área dos cuidados de saúde primários. Dedicção, Encontro de saberes, Inclusão família/cuidador, configuraram o processo da garantia da continuidade de cuidados para corresponder ao desafio dos cuidados de enfermagem de reabilitação no domicílio. A adopção do papel de mediadora, sustentada nos conhecimentos técnico-científicos, permitiu que a família e o utente aceitassem a construção de uma parceria de cuidados, expresso num planeamento dirigido, com objetivos concretizáveis e sujeitos a uma avaliação. A aferição de estratégias para se atingirem metas exequíveis, com validações permanentes e com integração de um suporte emocional da pessoa/família foi efetiva, sendo neste contexto que os planos de reabilitação se revelaram a mais valia na excelência da praxis dos cuidados prestados no domicílio. A capacitação e envolvimento da família/cuidadores de referência na prestação de cuidados de reabilitação, promovendo um clima de confiança e empatia foram diretrizes constantes na recuperação e facilitação da maior autonomia possíveis da pessoa e família. A comunicação assertiva, os reforços positivos e o envolvimento do utente/família na tomada de decisão sobre o programa de reabilitação, perspectivando a máxima autonomia, foram recursos mobilizados para colmatar as necessidades do utente/família. Os registos das intervenções/actividades desenvolvidas e avaliação da evolução da situação do utente foram efectuados sistematicamente, de forma clara e precisa, no aplicativo informático, permitindo identificar e avaliar a eficácia das intervenções, assim como estabelecer prioridades na continuidade dos cuidados.

O desempenho da Marta foi norteado no sentido da prevenção da incapacidade, manutenção de conforto, maximização do potencial para o processo do auto cuidado e autonomia da pessoa, contribuindo assim para a sua (re)integração social e familiar, desenvolvendo a adopção de objetivos reais em diferentes estádios de intervenção, com a finalidade da obtenção de ganhos efetivos em saúde.

Colaborou na implementação do Instrumento de Registo – PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO – que integra o processo do utente na Equipa de Cuidados Continuados Integrados – ECCI.

Tendo em conta o que foi explanado, a avaliação é de **Muito Bom**.

DATA: 13 DE FEVEREIRO 2015

	ORIENTADOR ESEL	ORIENTADOR ESTÁGIO	ESTUDANTE
ASSINATURAS:	